

UNIVERSIDAD DE PANAMA
VICERRECTORIA DE INVESTIGACION Y POSTGRADO
PROGRAMA DE MAESTRIA EN PSICOLOGÍA CLÍNICA
FACULTAD DE PSICOLOGIA

INTERVENCIÓN PSICODINÁMICA EMPLEANDO EL PROGRAMA DE
CONDUCTAS DE APEGO SEGURO (PCAS) APLICADO A MADRES PRIMERIZAS
QUE SE ATIENDEN EN EL CENTRO DE SALUD DE PARQUE LEFEVRE.

CARIDAD DE LAS MERCEDES HERNÁNDEZ MARTÍNEZ

TESIS PRESENTADA COMO UNO DE LOS REQUISITOS PARA OPTAR AL
GRADO DE MAESTRO EN PSICOLOGÍA CLÍNICA.

PANAMÁ, REPÚBLICA DE PANAMÁ

2018

DEDICADO:

A mis padres: Sandra Martínez y Alfredo Hernández,
por su apoyo y amor incondicional.

AGRADECIMIENTOS:

Primeramente a Dios, a mis padres y amigos. A mi asesor de tesis, a todos los profesores y profesionales que me apoyaron en realizar este importante trabajo. Y por supuesto, a las madres participantes y al Centro de Salud de Parque Lefevre por su valioso apoyo en la realización del presente estudio.

INDICE GENERAL

PORTADA	
FORMULARIO DE INSCRIPCION	
RESUMEN Y SUMMARY	1
INTRODUCCIÓN	3
I. MARCO TEÓRICO:	6
1.1 DEFINICIÓN DE APEGO	6
1.2 TIPOS DE APEGO:	
(a). Apego seguro	7
(b). Apego inseguro	8
1. 3 FUNCIÓN MATERNA	9
1. 4. DINAMICA DEL DESARROLLO DE APEGO	18
1. 5 MODELO PSICOTERAPÉUTICO UTILIZADO	19
II. MARCO METODOLOGICO:	
2.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	22
2.2 JUSTIFICACIÓN	23
2.3 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN	25
(a). Objetivo general	25
(b). Objetivos específicos	25
2.4 HIPÓTESIS	26
(a). Hipótesis conceptual	26
(b). Hipótesis estadística	26

2.5 VARIABLES	27
(a). Variable independiente	27
(b). Variable dependiente	27
2.6 DEFINICIÓN DE LAS VARIABLES	27
(a). Definición conceptual de la variable independiente	27
(b). Definición operacional de la variable independiente	27
(c). Definición conceptual de la variable dependiente	28
(d). Definición operacional de la variable dependiente	28
2.7 TIPO DE INVESTIGACIÓN	28
2.8 DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN	28
2.9 DISEÑO ESTADÍSTICO	29
2.10 POBLACIÓN – MUESTRA	30
2.11 INSTRUMENTOS Y TÉCNICAS	31
2.12 LIMITACIONES DE LA INVESTIGACIÓN	32
2.13 PROCEDIMIENTO	32
III. RESULTADOS:	
3.1 DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS DE LAS PARTICIPANTES	35
3.2 RESULTADOS DE LA PRE-PRUEBA	36
3.3 RESULTADOS DE LA POST-PRUEBA	41
3.4 ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS	47
(a). Pruebas de Hipótesis	51

(b). Comparación pre-prueba vs post-prueba en conjunto	52
(c). Comparación pre-prueba vs post-prueba por Ítems	54
(d). Discusión de los resultados	59
CONCLUSIONES	69
RECOMENDACIONES	72
BIBLIOGRAFÍA	74

INDICE ANEXOS

ANEXO 1: CONSENTIMIENTO INFORMADO	79
ANEXO 2: PROGRAMA DE CONDUCTAS DE APEGO SEGURO (PCAS)	81
ANEXO 3: ESCALA DE MASSIE-CAMPBELL 1978	90

INDICE DE CUADROS

Cuadro No. 1: COMPORTAMIENTO Y SIGNIFICADO SEGÚN PUNTUACIÓN DE ACUERDO A LA ESCALA MASSIE-CAMPBELL DE OBSERVACIÓN DE INDICADORES DE APEGO SEGURO MADRE-BEBÉ DE BARKELEY 1978	50
Cuadro No.2: TIPOS DE APEGO DE ACUERDO CON LA PUNTUACIÓN QUE PRESENTÓ MAYOR FRECUENCIA.	51

INDICE DE TABLAS

TABLA No.1: Diseño de Investigación Pre-Experimental	29
TABLA No.2: Características de la muestra	35
TABLA No.3: Resultados de la Escala Massie-Campbell (1978), por cada participante, al momento de la pre-prueba	36
TABLA No. 4: Tipo de apego al que la muestra orientó a su bebé en la pre-prueba	37
TABLA No. 5: Frecuencia de cada puntaje obtenido, en cada comportamiento, al momento de la pre-prueba	39
TABLA No. 6: Proporciones de las frecuencias más altas, de acuerdo a cada comportamiento de la muestra, al momento de la pre-prueba	40
TABLA No. 7: Puntuaciones obtenidas, por cada participante, en cada comportamiento orientado al apego al momento de la post-prueba	42
TABLA No. 8: Tipo de apego al que la muestra orientó a su bebé en la post-prueba	43
TABLA No. 9: Frecuencia de cada puntaje obtenido en cada comportamiento al momento de la post-prueba	44
TABLA No. 10: Proporciones de las frecuencias más altas, de acuerdo a cada comportamiento de la muestra, al momento de la post-prueba.	46
TABLA No. 11: Pruebas de normalidad	48
TABLA No. 12: Diseño de Investigación Pre-Experimental	51

TABLA No. 13: Estadísticos descriptivos Pre-Test - Post-Test	52
TABLA No. 14: Resumen de Pruebas de hipótesis	53
TABLA No. 15: Estadísticos descriptivos por ítems	54
TABLA No. 16: Resumen de Pruebas de hipótesis	54
TABLA No. 17: Resumen de Pruebas de hipótesis	55
TABLA No. 18: Resumen de Pruebas de hipótesis	56
TABLA No. 19: Resumen de Pruebas de hipótesis	57
TABLA a No. 20: Resumen de Pruebas de hipótesis	58

INDICE DE GRÁFICAS

GRAFICA No. 1: Tipo de apego al que la muestra orientó a su bebé en la pre-prueba	38
GRAFICA No. 2: Frecuencia de cada puntaje obtenido, en cada comportamiento, al momento de la pre-prueba	39
GRAFICA No. 3: Proporciones de las frecuencias más altas, de acuerdo a cada comportamiento de la muestra, al momento de la pre-prueba	41
GRAFICA No. 4: Tipo de apego al que la muestra orientó a su bebé en la post-prueba	44
GRAFICA No. 5: Frecuencia de cada puntaje obtenido en cada comportamiento al momento de la post-prueba	45
GRAFICA No. 6: Proporciones de las frecuencias más altas, de acuerdo a cada comportamiento de la muestra, al momento de la post-prueba	46

Resumen

El presente estudio tuvo como objetivo principal verificar si: el “Programa de Conductas de Apego Seguro PCAS” promueve o no, comportamientos orientados al apego seguro en un grupo de seis (6) mamás primerizas. Se utilizó únicamente la segunda parte de la escala Massie-Campbell de observación de indicadores de apego seguro madre-bebé de Barkeley 1978, en la que el investigador puntuó los comportamientos que la madre presentó en momentos de estrés de su bebé: miradas, vocalizaciones, sostén, toque y afecto que ellas presentaron en medio de estas interacciones: al alimentarlo, asearlo y/o cambiarlo de ropa.

Cada puntuación obedece a un tipo de apego específico, siendo éstos: seguro o inseguro. Para tal efecto, se le pidió a la muestra que asistieran cuatro (4) horas semanales por un lapso de cuatro (4) semanas totalizando dieciséis (16) horas, periodo en que se les aplicó el programa. Previo a esto, se le realizó una medición de los comportamientos mencionados anteriormente (pre-prueba) y finalizado el programa, se le hizo una segunda medición a los mismos comportamientos, utilizando el mismo instrumento (post-prueba). Los resultados indicaron que no hubo diferencias estadísticamente significativas, mas si hubo mejoras cualitativas, tanto en el tipo de apego global obtenido, como en los cinco comportamientos.

Summary

The main objective of this study was to verify if the “Program of Secure Attachment Behaviors PSAB” can or cannot promote behaviors related to secure attachment with a group of six (6) first time mothers. It used only the second part of the Massie-Campbell scale of observation of mother-infant secure attachment by Barkeley 1978, in which the researcher punctuated the behaviors that the mother showed when her baby was going through stressing moments: looks, vocalizations, holding, touch and affection during their interactions when feeding, cleaning and/or changing the baby’s clothing.

Each instance refers to a specific type of attachment, which are these two: secure or insecure. To achieve this, the sample was requested to attend four (4) hours weekly during four (4) weeks accomplishing a total of sixteen (16) hours, therefore this was the length of the implementation of the program. Prior to this, a test (pretest) was applied to measure the behaviors that were mentioned and when the program was ending, the same test (posttest) was used to measure the behaviors for the second time. The results showed that there were no major statistical differences, though there were qualitative improvements found in the type of global attachment that was obtained as well as in the five behaviors.

INTRODUCCIÓN

INTRODUCCIÓN

El objetivo de esta investigación fue verificar si la aplicación del “Programa de Conductas de Apego Seguro (PCAS)” a un grupo de madres primerizas, fue efectivo en incrementar sus comportamientos orientados al apego seguro con sus bebés.

Según Bowlby (1976), el apego es la propensión de todo ser humano a la búsqueda de protección y afecto con fines de supervivencia. Dicho autor afirmó que el bebé es quien busca apegarse a la madre, ya que es él quien se encuentra en la situación de peligro.

Sin embargo, la fuerza de apego generada por el bebé sólo logra su objetivo si la madre, como contraparte u objeto de apego, cumple con aquellos cuidados necesarios como: alimentación, aseo, vestuario y otros, además de constituirse en un soporte emocional a través del trato: cálido, cercano y oportuno con su pequeño niño.

El programa se enfoca en promover, comportamientos, por parte de las madres, con los cuales logren consolidar los objetivos de apego expresados por el bebé. Todo esto, a través del entrenamiento en los siguientes actos: miradas, palabras, sostén o forma de cargar al bebé; caricias y, con especial énfasis, al control de sus propios estados emocionales en momentos de frustración de su hijo (Massie y Campbell, 1978).

La importancia de entrenar a las madres en comportamientos orientados al apego seguro de sus bebés estriba, por una parte, en el hecho de que no todas las madres tienen habilidades innatas o conocimientos básicos para desplegar este tipo de comportamientos

y, en algunos casos, de tener estos conocimientos, pueden subestimar su importancia. Por otra parte, es ampliamente conocida la importancia del apego seguro en los bebés, como plataforma indiscutible en el desarrollo emocional sano en el futuro.

En el capítulo I, encontrará la revisión de la literatura que se llevó a cabo para fundamentar teóricamente el tema investigación de la presente tesis. En el capítulo II, podrá observar información relacionada a la metodología utilizada en la realización del presente estudio. En el capítulo III, se plasmaron los resultados obtenidos, al igual que el análisis y discusión de los mismos.

Para finalizar, el capítulo IV contempla las conclusiones a las que se llegó, una vez terminado el trabajo. Las recomendaciones que se consideraron pertinentes se colocaron en el capítulo V.

MARCO TEORICO

MARCO TEORICO

1. DEFINICIÓN DE APEGO:

Según Bowlby (1976), el apego es el conjunto de conductas de aferramiento que el bebé manifiesta en pro de su supervivencia. Regularmente, el objeto de apego del bebé es la madre. Sin embargo, debemos tomar en cuenta que, en los casos en que la madre no esté presente, el aferramiento puede ocurrir hacia aquella persona que esté más ligada a él, que responda con mayor efectividad a sus necesidades y/o que pase la mayor parte del tiempo con él. A esta persona le denominamos: “cuidador principal”.

La madre, o el cuidador principal, es quien, por medio de cuidados físicos y emocionales, trae calma al bebé, promoviendo en él sentimientos de seguridad, ya que, según lo expresado por Bowlby (citado en Feldman, 2007), la madre o el cuidador principal, viene a ser “la base segura” por cuyo conducto, el bebé se vive a sí mismo, percibe el mundo y se relaciona con los demás.

Esta definición es, básicamente, realizada por John Bowlby, quien tomó mucho de sus conceptos de la investigación de los patrones de apego entre animales. Sin embargo, otros autores, han estudiado el tema desde una óptica diferente y bajo otros términos.

Sigmund Freud, Melanie Klein, Donald Winnicott, Wilfred Bion, entre otros psicoanalistas, confeccionaron sus teorías basándose en el estudio profundo de la relación inicial entre la madre y su hijo, mediante la atención individual de pacientes.

Bowlby (1976) usó el término: “apego” para denotar el tipo de relación que se ha establecido entre la mamá y su bebé, de la misma manera que los autores previamente nombrados usaron términos relacionados a: objetos buenos y/o malos, madre suficientemente buena, sentimientos de seguridad o inseguridad, angustia tolerable, terror sin nombre, entre otros, para referirse, esencialmente, a lo mismo.

2. TIPOS DE APEGO:

Ainsworth (citada en Feldman, 2007), inspirada en la teoría de Bowlby e interesada en las diferentes formas de vinculación temprana, ideó el método para la medición del apego denominado: “situación extraña”. En el contexto de este método, la autora observó los comportamientos de niños en edades tempranas, en momentos de separación de su madre, encontrando tres tipos:

(a). Apego seguro:

- Disfrutan de la cercanía con su madre.
- Los niños lloran ante el momento de separación de su madre.
- A su regreso, se calman fácilmente.
- Logran explorar el ambiente y jugar. Ocasionalmente, la buscan con su mirada para mantener su nivel de seguridad.

(b). Apego inseguro:

(b.1). De tipo evasivo:

- Los niños evitan la cercanía con su madre.
- Los niños rara vez lloran frente a la separación de su madre.
- Exploran y juegan con facilidad, ante su presencia y ausencia.

(b.2). De tipo ambivalente/resistente:

- El niño disfruta y no disfruta de la cercanía de su madre, simultáneamente.
- Les cuesta explorar el ambiente y jugar.
- El niño muestra conductas de frustración frente a la separación de su madre.
- Al regreso, no se calman fácilmente, muestran deseo de ser consolados, a la vez que evitan la cercanía de su madre.

En años posteriores, se identificó un cuarto (4to.) patrón de apego conocido como: desorganizado/desorientado, el cual se basa en una combinación de los dos tipos de apego inseguro mencionados anteriormente (Feldman, 2007):

(b.3). Desorganizado/desorientado:

- Lo niños muestran comportamientos contradictorios al separarse y al reencontrarse con su madre.
- La madre o el cuidador principal ha promovido seguridad y temor, simultáneamente.
- Exploran el ambiente con facilidad y dificultad simultáneas.
- Mayor probabilidad de la existencia de abusos y desatención en la historia del niño.

3. FUNCIÓN MATERNA:

Según Freud (citado en Bleichmar, 2017) cuando el bebé nace, se encuentra en un estado de desvalimiento físico y emocional, dado a la inmadurez claramente observable de sus funciones. Esto significa que al nacer, el bebé se encuentra en una situación de dependencia absoluta, en donde requiere, de manera urgente, de una persona cercana y amable que le asista.

Klein (1952) señaló que en esas primeras etapas de vida, el bebé percibe el mundo a través de la creación de objetos psíquicos, en donde el objeto, es una construcción mental que bebé hace sobre las personas, circunstancias y/o situaciones que tienen contacto con él en cada momento.

Toda experiencia que le haga sentir placer, va a ser concebida por el bebé como un objeto bueno: la sensación de estar “lleno”, la calidez de la persona que le brinda el

alimento, lo silencioso del ambiente en que se encuentra, entre otros, son ejemplos de este tipo.

Cuando ocurre lo contrario: una marcada demora en recibir el alimento, un trato áspero por parte de la madre o cuidador principal, un ambiente ruidoso o poco agradable u otras experiencias similares, son percibidas por el bebé como un objeto malo, como un enemigo externo que desea acabarlo.

La autora señala que este modo de percibir la realidad ocurre cuando el bebé se encuentra en sus primeros tres o cuatro meses de vida y le llamó: posición esquizo-paranoide, para denotar, como uno de sus elementos fundamentales, el carácter dividido del psiquismo.

En esos momentos el bebé no tiene claridad sobre quién es su madre, lo único que percibe, son partes separadas de ella: su olor, su voz, la prontitud y acierto de sus respuestas, el trato amable o poco amable.

Sin embargo, el hecho de, ella, preocuparse por satisfacer las necesidades de su bebé, al igual que, de la forma de cómo hacerlo, son aspectos fundamentales para favorecer el proceso de integración de todas esas partes separadas, las cuales denominamos anteriormente como: objetos.

La autora indicó que esta función inicia en las etapas finales de la posición esquizo-paranoide, pero que se lleva a cabo a plenitud, a través de los meses posteriores durante la posición depresiva, en la cual, como una de sus fases principales, el bebé empieza a identificar que aquella persona que le brinda placer es la misma que tiene el olor, tono de voz y otras características particulares antes identificadas por él.

Este proceso de unión de las partes separadas de los objetos empieza a ser llevada a cabo, como consecuencia de la madurez progresiva que va adquiriendo el psiquismo, esto se realiza de forma simultánea y como resultado de la acción directa de un ambiente facilitador, en el cual, el rol de la madre o cuidador principal, es altamente importante.

La madre es aquella persona que con sus actos puede favorecer la introyección de objetos buenos o malos. Si ella está atenta a las necesidades de su bebé y procura su bienestar físico y emocional, le brinda mayores experiencias agradables, lo cual promueve la creación de objetos buenos por parte de él, lo opuesto se da cuando la madre realiza lo contrario.

La autora señaló que el bebé empieza a aumentar la confianza en su madre o cuidador principal, en la medida en que ella favorezca, por parte de él, la creación de objetos buenos tal como se ha indicado. Esto es algo totalmente necesario para el desarrollo físico y emocional del mismo, ya que él necesita contar con una figura cercana que le transmita seguridad.

Si ocurre lo contrario, que el bebé haya tenido mayor cantidad de experiencias frustrantes y por consecuencia, mayor cantidad de objetos malos, repercute también, en el nivel de confianza que él tenga en su madre, generando así un aumento excesivo de sentimientos de inseguridad, llegando a ser vivido por él como una amenaza directa a su continuidad existencial y afectando de forma negativa, su concepto personal y la forma de relacionarse con los demás.

Winnicott (1956), indicó que desde las últimas semanas del embarazo y especialmente cuando el bebé nace, la madre entra naturalmente en un estado de sensibilidad extrema que denominó: preocupación maternal primaria.

En esos momentos, la madre se encuentra muy atenta a las necesidades físicas y emocionales de su bebé, tanto que el autor la describió como: una madre intensamente dedicada. En esa etapa, tiene contacto altamente permanente con su bebé y procura su bienestar inmediato, aportando al desarrollo gradual de sus funciones físicas y mentales.

El mismo autor señaló, que para que esto ocurra, el primer paso que se debe llevar a cabo es: la identificación primaria. La madre o cuidador principal lo logra cuando observa las señales de su bebé y las valora, es decir, que les otorga un nivel alto de importancia, por lo que, ante el mínimo quejido, rápidamente responde con total devoción y entrega (Winnicott, 1966).

El hecho de brindar satisfacción inmediata a las necesidades del bebé por parte de su madre o cuidador principal, hace que con el tiempo, el bebé empiece a tener la sensación de que es él quien crea toda esta experiencia de placer al ser saciado, lo cual promueve en él, lo que el autor en mención llamó: sentimientos de omnipotencia.

Lo que la madre hace al brindarle, de forma seguida, éste tipo de experiencias, es introducir al bebé en un estado de ilusión, en el cual empieza a desarrollar la noción de que el mundo puede tener y proporcionar lo que él necesita, lo cual es sumamente importante para el posterior desarrollo de su personalidad.

En otras palabras, con este trato incondicional que le da a su bebé, la madre o cuidador principal, fomentan los sentimientos de seguridad en él, ya que, le proporciona, casi de forma exclusiva, experiencias de cuidado y protección total, en esas primeras edades, en donde está más vulnerable y los sentimientos de aniquilación o inseguridad están a flor de piel.

Parte de lo que la madre, o cuidador principal, debe hacer para poder dirigir a su bebé hacia ese estado, es cumplir la función física y emocional que el autor denominó como: “holding” o sostenimiento, que no es más que la acción concreta de tomarlo en brazos, ya sea como parte de su respuesta para consolar su llanto o como parte de su deseo de estar en contacto, de acunarlo, de contemplarlo.

El aspecto físico del “holding” o sostenimiento se ejecuta cuando la madre realiza la acción que previamente se ha mencionado, pero el aspecto emocional se cumple cuando ella, a través del tiempo, mantiene el trato amable y cálido de sus respuestas, aun cuando el bebé pueda estar altamente frustrado y descompensado.

El autor indica que el bebé necesita de ambos aspectos, como parte del proceso de ilusión y también como parte de la seguridad relacionada a la continuidad existencial. La madre, o cuidador principal, debe valorar por igual ambos elementos.

No cumplir con esta función fomenta en el bebé altos sentimientos de inseguridad, de aniquilación que pueden hacerlo sentir en peligro de muerte. Es vital que una madre sostenga a su bebé en brazos, lo acune y disfrute del simple hecho de estar cerca de él.

De igual manera, es básicamente importante, que ella tenga la capacidad de tolerar, en el tiempo y pese a las situaciones, internas o externas, que se le puedan estar presentando, la angustia del bebé, no hacerlo, o hacerlo de forma variable, fomenta grandes sentimientos de temor o miedo.

Otra de las funciones maternas importantes que menciona el autor es conocida como: “handling” o manipuleo del bebé, la cual no es más que, lidiar con el bebé, tanto física como emocionalmente, a través de los cuidados cotidianos del mismo: al momento de la alimentación, el aseo, el vestuario, el juego y otros.

El autor explicó que, al estar ella llevando a cabo esas tareas, se pueden evidenciar patrones de interacción con su bebé, útiles para entender el tipo de sentimientos que despierta en él y por ende, el tipo de apego que fomenta se establezca a futuro.

Si es una madre calmada y consciente de la importancia de conservar ese estado emocional, tiene mayores posibilidades de darle de comer, cambiarle de pañal, bañarlo, vestirlo, entre otros, de forma más cálida, de tal manera que, la tarea cotidiana pueda tener un significado experiencial positivo para el bebé, y así aumentar los sentimientos de seguridad en él y la propensión a que establezca un tipo de apego seguro más adelante.

Si la madre o cuidador principal se encuentra en un estado emocional alterado y realiza el “handling” o manipuleo del bebé así, tiene mayores posibilidades de que la experiencia de cuido rutinario pueda ser experimentada por él como algo incómodo, rudo y desagradable, fomentando los indeseados sentimientos de inseguridad en él.

Una tercera función es la que describe Bion (citado en Bleichmar, 2017) como: contención, que se cumple cuando la madre o cuidador principal, acoge la angustia que tiene perturbado a su bebé y le da un significado. Para que la madre pueda llevar a cabo ese proceso, debe experimentar un estado emocional de receptividad y calma que denominó como: estado de ensoñación.

Al brindar contención, muchas veces se requiere como primer paso realizar el: “holding” o sostenimiento físico del bebé, dado a que, cuando él experimenta angustia, por lo regular, lo hace irrumpiendo en llanto.

Al tomarlo en brazos, siempre que esté emocionalmente tranquila, podrá también tomar la angustia no tolerable de su bebé, pensarla por él, procesarla por él y devolvérsela de forma tal que le sea tolerable.

Al llevar a cabo este proceso, la madre o cuidador principal, promueve la salud mental de su bebé, ya que, al brindarle contención, favorece la capacidad de pensar y la introyección de un objeto contenedor, que, posteriormente, fomentará la función de contención propia.

El autor mencionó que, si no se lleva a cabo esta función, o si se lleva de forma incorrecta, el bebé introyecta la angustia que está experimentando, en forma de lo que llamó: terror sin nombre, que no es más que la angustia no tolerable inicial, de forma no digerida, no pensada, sin significado, por lo cual, el bebé la vive como algo devorador a tal magnitud que no puede ser asimilada por él de manera alguna, generando severas afectaciones en la futura adquisición de la función de contención propia.

Esto ocurre como consecuencia de una falla en el estado de ensoñación materna, es decir, en el estado de ánimo que ella debe presentar al abordar a su bebé en un momento de desorganización interna. A este tipo de madres, les cuesta practicar el control emocional propio, sobretodo, en momentos de descontrol emocional de su pequeño.

Sumado al conjunto de actos puntuales e inmediatos que debe ejecutar la madre o cuidador principal en pro de fomentar los sentimientos de seguridad en su bebé y su posterior apego seguro hacia ella, autores como Winnicott, propusieron la existencia de fallas maternas tolerables.

Winnicott (1960) señaló que la madre debe proporcionar fallas en la adaptación a las necesidades del bebé, es decir, permitirse demorar un poco en responder a sus demandas, de manera tal que, él pueda, gradualmente, experimentar frustración, dado a que el mundo real no es perfecto como hasta ese momento, ella le ha mostrado.

El autor indica que es fundamental que la madre o cuidador principal comprenda el ritmo adecuado que deben tener al llevar a cabo este proceso de fallar, dado a que, demorar mucho tiempo en satisfacer las necesidades de su pequeño, puede llevarlo al extremo de sentir desesperación, lo cual representaría para él, una amenaza a su continuidad existencial, afectando severamente la construcción de su personalidad.

Al iniciar este proceso de proporcionarle al bebé fallas tolerables, lo que la madre o cuidador principal hace es introducirlo a un estado de desilusión, en donde el bebé comienza a tener la noción de que el ambiente circundante puede brindar satisfacción, al igual que frustración, algunas veces.

El llevar a cabo esta demora gradual en la respuesta materna, hace que el bebé vaya adquiriendo un sentido más realista del mundo que le rodea, lo cual favorece la maduración de sus funciones mentales y la adaptación al medio.

Al inicio, como se explicó anteriormente, la madre debe estar intensamente dedicada a satisfacer las necesidades de su pequeño, sin dudar. Debe llegar a ser el “todo” del bebé, puesto a que él necesita experimentar ese estado de saciedad total. Para el autor, ésta sería: una madre buena.

Es un requerimiento, según el autor en mención, que la madre primero realice esa parte de ilusión y que después, con el paso del tiempo, prosiga con la parte de desilusión, paulatinamente, para de esta manera ayudar al bebé a vivir en sociedad. La madre que logra llevar a cabo esta última parte es denominada como: una madre suficientemente buena.

Winnicott (1960), mencionó que básicamente existen tres estilos de maternaje, los cuales están relacionados con el tiempo y dedicación de las respuestas de las madres. En

primer lugar, se encuentran aquellas con una genuina preocupación intensa y devota por las necesidades de sus hijos, en segundo lugar tenemos a aquellas con intereses personales compulsivos y por último, se encuentran las que experimentan una preocupación maternal patológica.

Las primeras son las descritas anteriormente: las madres suficientemente buenas. Son el tipo de madre que todo bebé necesita, dado a que, al estar altamente sensible a sus necesidades, logran conocerlas e identificarse con éstas, rápido, plena y naturalmente, y por consiguiente, el bebé experimenta frecuentes sentimientos de bienestar y seguridad.

El segundo tipo incluye a las madres que están más preocupadas por ellas mismas y sus necesidades, que por las de su bebé, quien se ubica en segundo plano. Son mamás poco atentas a sus señales, poco observadoras y poco identificadas con su bebé, le cuesta valorar sus demandas y por consiguiente, satisfacerlas a cabalidad.

A este tipo de madre, o cuidador principal, se le dificulta mucho cumplir con el primer paso: sentir una genuina preocupación maternal primaria. Para ella es muy difícil ceder su lugar, que es el de más alta importancia, sus intereses son compulsivos dado a que, ocupan su atención de forma casi permanente.

El último tipo de madres abarca aquellas quienes se preocupan excesivamente por la satisfacción de las necesidades de su bebé, hace de él su objeto de atención permanente, de tal manera que, inicia de forma adecuada el proceso de identificación con él, pero les cuesta llevar a cabo la parte en donde tienen que permitirse fallar y dejar que experimente los, tan importantes, sentimientos de frustración, gradualmente.

Este tipo de madre o cuidador principal, básicamente se enfoca en prolongar los sentimientos de omnipotencia del bebé, ella actúa de tal manera que lo mantiene en el

estado de ilusión de forma constante, le cuesta comprender que, como parte del proceso de desarrollo físico y emocional de él, se contempla la experimentación gradual de frustración.

4. DINAMICA DE DESARROLLO DEL APEGO:

El “apego” se comienza a manifestar desde el momento del nacimiento, cuando el bebé no sabe dónde está, ni con quién, ni por qué está experimentando toda la serie de cambios abruptos y repentinos, que este acto conlleva. Al sentirse en una situación de peligro, llora, evidenciando así, sus fuertes sentimientos de inseguridad.

Son estos sentimientos y su incapacidad de responder efectivamente para menguarlos, lo que, básicamente lo impulsa a aferrarse a esa persona más próxima, que regularmente es su madre. Esto indica que, es el bebé quien busca apegarse, es él quien realiza el primer paso en su búsqueda indiscutible de seguridad.

Por otra parte, es la madre quien responde de forma positiva o negativa a esa demanda del bebé, es ella o el cuidador principal, quien determina que estos fuertes sentimientos de inseguridad se reduzcan considerablemente. Depende de su calidez, de lo cónsona de sus respuestas y de lo constante en el tiempo.

De tal manera, que es el bebé quién inicia el proceso de apego, pero es la madre quien determina su curso. Es el bebé quién busca, de forma apremiantemente, a esa figura que le brinde seguridad, pero es la madre o cuidador principal, quien de cierta manera, establece el tipo de apego que a futuro va a predominar entre ambos.

Si la madre o cuidador principal es, esencialmente alguien que se muestra disponible, que se preocupa por satisfacer las necesidades de su bebé, disfruta del hecho de estar con él y mantiene este proceso a través del tiempo, tiene mayores probabilidades de establecer el tipo de apego seguro, por parte de su bebé, en edades posteriores, si no se lleva a cabo este modelo, ocurre exactamente lo contrario, generando severos daños en la madurez mental y emocional de su hijo.

5. MODELO PSICOTERAPÉUTICO UTILIZADO:

El Programa de Conductas de Apego Seguro (PCAS), utilizado en la presente investigación, se basa en los conceptos fundamentales del modelo psicodinámico, el cual se centra en la importancia de la relación mamá-hijo, desde las primeras etapas de vida.

Dicho modelo incluye a diversos autores, quienes definen conceptos que interactúan en el proceso de vinculación madre-hijo, dando a conocer el tipo de respuesta materna que fomenta sentimientos de seguridad en el bebé y por ende, el tipo de apego que se espera establecer.

Este modelo, también explica las graves consecuencias que la respuesta materna poco cálida, cónsona y/o constante puede traer a su hijo, dado a los recurrentes sentimientos de inseguridad que le hacen experimentar a él.

El PCAS es un programa psicodinámico, pero también es práctico, ya que busca promover comportamientos directos en las madres participantes, de hecho, el programa se

basa en que ellas: miren, acaricien, carguen, hablen y mantengan la calma y el disfrute de la interacción con su bebé, sea en los momentos de calma y/o estrés de él.

MARCO METODOLÓGICO

MARCO METODOLOGICO

1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA:

Según Bowlby (1976), el apego es la propensión de todo ser humano a la búsqueda de protección y afecto por parte de una figura más madura. En términos de supervivencia, afirma que el bebé es quien busca apegarse a la madre, ya que es él quien se encuentra en una situación de peligro

Es por esto que, el rol de la madre, o en su defecto, el del cuidador principal, es tan importante, porque dependiendo de las respuestas que brinden a las necesidades físicas y emocionales del bebé (Feldman, 2007), es que se define el tipo de apego que él va a establecer hacia ella, o hacia el cuidador principal, y en un futuro, el patrón de relación que va a establecer con las demás personas, impactando positiva o negativamente nuestra sociedad.

Ante la seriedad del asunto, la pregunta de investigación sería la siguiente: ¿podrá el Programa de Conductas de Apego Seguro (PCAS) aumentar, por parte de las madres, la frecuencia de comportamientos orientados al apego seguro de sus bebés?

2. JUSTIFICACIÓN:

Autores señalan que las madres que observan las reacciones de sus hijos y responden a ellas de manera cálida, cónsona y continua en el tiempo, son aquellas con mayores probabilidades de desarrollar vínculos de apego seguro con sus bebés (Feldman, 2007).

Desde hace aproximadamente 10 años, Chile cuenta con iniciativas de estado muy específicas dirigidas a desarrollar relaciones de apego seguro principalmente entre la mamá y su bebé. El programa “Chile Crece Contigo” ofrece orientación desde que la mujer embarazada asiste a su primera cita de control (Chile Crece Contigo, 2007).

En nuestro país, contamos con tesis de investigación que abordan el tema de apego en: mujeres maltratadas, abusadas sexualmente, viudas, entre otras (Polo, 2006; Domínguez, 2007; Boyd, 2010), e incluso existen fundaciones que ofrecen programas de apego para madres adolescentes (Fundación Relaciones Sanas, 2004). Sin embargo, para madres primerizas adultas, específicamente, no han encontrado recursos que se apliquen de manera sistemática.

Por su parte, el sector de salud pública, intenta cubrir la necesidad de brindar información en este y otros asuntos relacionados a la salud mental, por lo cual ofrecen charlas periódicamente. Sin embargo, programas prácticos, sistemáticos y permanentes a lo largo del tiempo, aumentan las posibilidades del desarrollo de las conductas deseadas.

De igual manera, tampoco contamos con estadísticas sobre el tipo de conductas de apego que las madres, mayormente, practican con sus bebés. Es probable que una buena parte de ellas responda según: su instinto materno, las experiencias de otras madres,

información adquirida a través de recursos como el internet, entre otras, por lo cual podría inferirse que una buena parte de las madres tiene idea del tema, pero mayormente de manera empírica.

La legislación panameña, mediante el Código de la Familia, contiene artículos que favorecen a nuestros niños. Por un lado, determina que dentro de las funciones de los padres, se incluye la satisfacción de su hijo en términos de necesidades afectivas: “Artículo 319: la patria potestad con relación a los hijos o hijas comprende los siguientes deberes y facultades: velar por su vida y salud, tenerlos en su compañía, suplir sus necesidades afectivas, alimentarlos, educarlos y procurarles una formación integral” (Asamblea Legislativa, 1994, p. 49).

Por otro lado, se regula al Estado para que ejerza su función mediante la elaboración de políticas que brinden el sustento legal a las iniciativas de los diferentes sectores en miras del bienestar general de la población: “Artículo 569. Es deber del Estado panameño, por disposición constitucional, desarrollar políticas sociales de prevención, protección y promoción del bienestar general de los niños [...]” (Asamblea Legislativa, 1994, p. 99).

Por lo cual, en el caso de que la presente propuesta pruebe que es efectiva, proponemos que el: “Programa de Conductas de Apego Seguro PCAS” pueda utilizarse como una herramienta a nivel institucional y/o privado, ya que, el entrenamiento que las madres tengan sobre conductas que fomenten los sentimientos de seguridad en sus bebés, derivará en individuos psicológicamente más positivos para nuestro país.

3. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN:

(a) Objetivo general:

- Validar la efectividad de la intervención psicoterapéutica psicodinámica utilizada: “Programa de Conductas de Apego Seguro (PCAS)” en una muestra de madres primerizas con hijos de 0 a 3 meses que asistan al Centro de Salud de Parque Lefevre.

(b). Objetivos específicos:

- Describir las características sociodemográficas de las madres primerizas con hijos de 0 a 3 meses que participen del PCAS.
- Reconocer las deficiencias en cuanto a la frecuencia de los comportamientos orientados a fomentar sentimientos de seguridad en los bebés, por parte de sus madres.
- Verificar si el enfoque psicoterapéutico psicodinámico es útil para aumentar la frecuencia de las conductas que promuevan el apego seguro en los bebés, por parte de sus madres.

4. HIPÓTESIS:

(a). Hipótesis conceptual:

- Las madres primerizas que finalicen el PCAS, presentarán mayor frecuencia de comportamientos orientados al apego seguro de su bebé, que los presentados antes de la implementación del mismo.

(b). Hipótesis estadística:

- Ho: Las madres primerizas que finalicen el PCAS, no presentarán puntuaciones estadísticamente superiores en cuanto a la frecuencia de comportamientos orientados al apego seguro de su bebé, que los presentados antes de la implementación del mismo.
- Hi: Las madres primerizas que finalicen el PCAS, presentarán puntuaciones estadísticamente superiores en la frecuencia de comportamientos orientados al apego seguro de su bebé, que los presentados antes de la implementación mismo.

$$Ho: X1 = X2$$

$$Hi: X1 \neq X2$$

5. VARIABLES:

- (a). Variable independiente: el programa de conductas orientadas al apego seguro (PCAS).
- (b). Variable dependiente: conductas orientadas al apego seguro de los bebés, por parte de sus madres.

6. DEFINICIÓN DE LAS VARIABLES:

- (a). Definición conceptual de la variable independiente:
 - Programa de Conductas orientadas al Apego Seguro (PCAS): conjunto sistemático de actuaciones dirigidas a desarrollar conocimientos y comportamientos orientados al apego seguro en un grupo.
- (b). Definición operacional de la variable independiente:
 - Programa de Conductas orientadas al Apego Seguro (PCAS): conjunto de actividades teóricas y prácticas dirigidas a desarrollar, en dieciséis horas distribuidas en cuatro sesiones, conocimientos y comportamientos orientados al apego seguro en un grupo de madres primerizas.

(c). Definición conceptual de la variable dependiente:

- Conductas orientadas al apego seguro: todas aquellas, por parte de la madre, que generen sentimientos de seguridad y afecto en sus bebés.

(d). Definición operacional de la variable dependiente:

- Conductas orientadas al apego seguro: conjunto de miradas, palabras, caricias, sostén (forma de cargar a su bebé), y un estado emocional calmado, por parte de las madres, en los momentos de frustración de su hijo.

7. TIPO DE INVESTIGACIÓN:

- Cuantitativa (Sampieri, 2006a).

8. DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN:

- Pre-experimental de pre-prueba y pos-prueba a un solo grupo: se aplicó el instrumento al mismo grupo, antes y después de la intervención, para notar variaciones (Sampieri, 2006b).

Tabla No. 1
DISEÑO DE INVESTIGACIÓN PRE-EXPERIMENTAL

G	O₁	X	O₂
----------	----------------------	----------	----------------------

En donde:

G: Grupo.

X: Tratamiento.

O₁: Medición del Pre-Test del Grupo Experimental.

O₂: Medición del Post-Test del Grupo Experimental.

Entiéndase que:

H₀= Hipótesis Nula.

H₁= Hipótesis Alterna.

$\alpha = 0.05$ es el Margen de Error de 5%.

9. DISEÑO ESTADÍSTICO:

- Estadísticos Descriptivos: tablas de frecuencias y gráficas. Media Aritmética.
- Estadístico Inferencial: prueba de Wilcoxon de los rangos con signo. Test de normalidad Shapiro-Wilk.

10. POBLACIÓN – MUESTRA:

(a). Población:

- Todas las madres primerizas con bebés entre los cero y tres meses de edad, que se atiendan en el Centro de Salud de Parque Lefevre.

(b). Muestra:

- Se trata de una muestra no probabilística de tipo accidental de tamaño pequeño, compuesta por seis (6) madres primerizas con bebés entre los cero y tres meses de edad, que se atienden en el Centro de Salud de Parque Lefevre.
- Criterios de inclusión:
 - Tener la mayoría de edad.
 - Ser madre primeriza.
 - Tener bebé entre los cero y tres meses de edad.
 - Tener la voluntad de participar del PCAS.
 - Arrojar puntuaciones bajas en los comportamientos orientados al apego seguro al momento de la aplicación de la pre-prueba.
 - No participar de ningún programa de intervención psicoterapéutica.

- Criterios de exclusión:
 - Ser menor de edad.
 - Tener más de un hijo.
 - Tener bebé mayor a los tres meses de edad.
 - No arrojar puntuaciones bajas en los comportamientos orientados al apego seguro al momento de la aplicación de la pre-prueba.
 - Participar de algún programa de intervención psicoterapéutica.

11. INSTRUMENTOS Y TÉCNICAS:

- Para la medición de la pre y post-prueba, se utilizó la escala Massie-Campbell de observación de indicadores de apego seguro madre-bebé de Barkeley (1978), la cual cuenta con niveles de validez y confiabilidad verificados.
- La prueba consta de dos (2) partes: en la primera parte, se miden los comportamientos orientados al apego por parte del bebé hacia su madre, en la segunda parte, se miden los comportamientos orientados al apego por parte de la madre hacia su bebé.
- Para los efectos de la presente propuesta, se utilizará únicamente la segunda parte del instrumento (ver Anexo 3).

12. LIMITACIONES DE LA INVESTIGACIÓN:

- Situaciones personales de las participantes: dinero para transportarse de sus casas al Centro de Salud (para asistir a las sesiones), dificultades de salud de las mamás y/o de sus bebés.
- Disponibilidad de salón por parte del Centro.

13. PROCEDIMIENTO:

- Divulgación del PCAS: se proporcionó información sobre el PCAS al personal médico, enfermeras, auxiliares y administrativo con el fin de obtener un listado sobre posibles mamás participantes.
- Entrevista a potenciales participantes: se les dio información sobre el PCAS a las madres que mostraron interés, y de esta manera, se identificó a aquellas con la voluntad y disponibilidad para participar.
- Aplicación de la pre-prueba: con el objetivo de medir los comportamientos orientados al apego seguro de las potenciales participantes, antes de iniciar la implementación del PCAS (ver Anexo 3).
- Selección de la muestra: para formar parte de la muestra del proyecto, debieron cumplir los criterios de inclusión descritos previamente y firmar el formulario de Consentimiento Informado (ver anexo 1).
- Ejecución del PCAS: (ver anexo 2).

- Aplicación de la post-prueba: con el objetivo de medir los comportamientos orientados al apego seguro de las participantes, una vez finalizado el PCAS.
- Calificación de las pruebas. Análisis de los resultados. Elaboración del informe final.

RESULTADOS

PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

1. DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS DE LAS PARTICIPANTES:

Tal como se mencionó en el capítulo anterior, se seleccionó a seis (6) madres, las cuales fueron aptas, según los criterios de inclusión antes descritos, para participar como parte de la muestra del presente estudio. A continuación, observaremos, mediante la Tabla No. 2, algunas características de ellas.

Tabla No. 2
CARACTERÍSTICAS DE LA MUESTRA

Participante	Edad	Estado civil	Edad del bebé	Sexo	Nacionalidad	Trabaja	Nivel académico
1	18	unida	3 meses	niña	panameña	sí	secundaria
2	37	casada	2.5 meses	niña	panameña	sí	postgrado
3	18	soltera	3 meses	niña	panameña	no	secundaria
4	31	casada	1 mes	niña	venezolana	no	licenciatura
5	20	unida	1 mes	niño	panameña	no	secundaria
6	29	unida	1.5 meses	niña	venezolana	no	licenciatura

Fuente: Formulario Ficha de datos personales 2017 del estudio: Intervención psicodinámica empleando el PCAS en madres primerizas.

2. RESULTADOS DE LA PRE-PRUEBA:

Como primer punto, observaremos mediante la Tabla No.3, las puntuaciones obtenidas, por cada participante, en cada uno de los cinco comportamientos orientados al apego, al momento de la pre-prueba.

Tabla No. 3
RESULTADOS DEL TEST MASSIE-CAMPBELL (1978), POR CADA PARTICIPANTE, AL MOMENTO DE LA PRE-PRUEBA.

Participante	Puntuación				
	1	2	3	4	5
1		Vocalización	Toque	Miradas	
		Afecto	Sostén		
2	Afecto	Vocalización	Toque	Miradas	
			Sostén		
3	Vocalización	Miradas	Sostén		
	Afecto	Toque			
4	Afecto				Miradas
					Vocalización
					Sostén
					Toque
5	Miradas	Toque	Vocalización	Sostén	
		Afecto			
6		Vocalización	Sostén	Miradas	
		Toque			
		Afecto			

Fuente: Intervención psicodinámica empleando el PCAS en madres primerizas.

A partir de los datos brindados por la tabla anterior, se realizan los sucesivos análisis. Iniciaremos confeccionando la Tabla No. 4, en donde se observará el tipo de apego obtenido, por cada participante, al momento de la pre-prueba. Para esto, se colocaron las puntuaciones obtenidas por cada participante, la frecuencia de cada puntuación y la frecuencia total, según el tipo de puntuación obtenida.

Para cada participante, las puntuaciones se agruparon así: en las primeras tres filas, las puntuaciones 1, 2 y 5 y en las siguientes dos filas, las puntuaciones 3 y 4. Se

realizó de esta manera, para facilitar la comprensión del procedimiento llevado a cabo para identificar el tipo de apego para cada una, según el Cuadro No. 2.

La frecuencia total, se obtuvo mediante la sumatoria de cada frecuencia obtenida, según cada puntuación. El resultado de ello se colocó en la columna correspondiente, de manera tal, que fuera fácil para el lector identificar el grupo de puntuaciones al que pertenece, según el Cuadro No. 2.

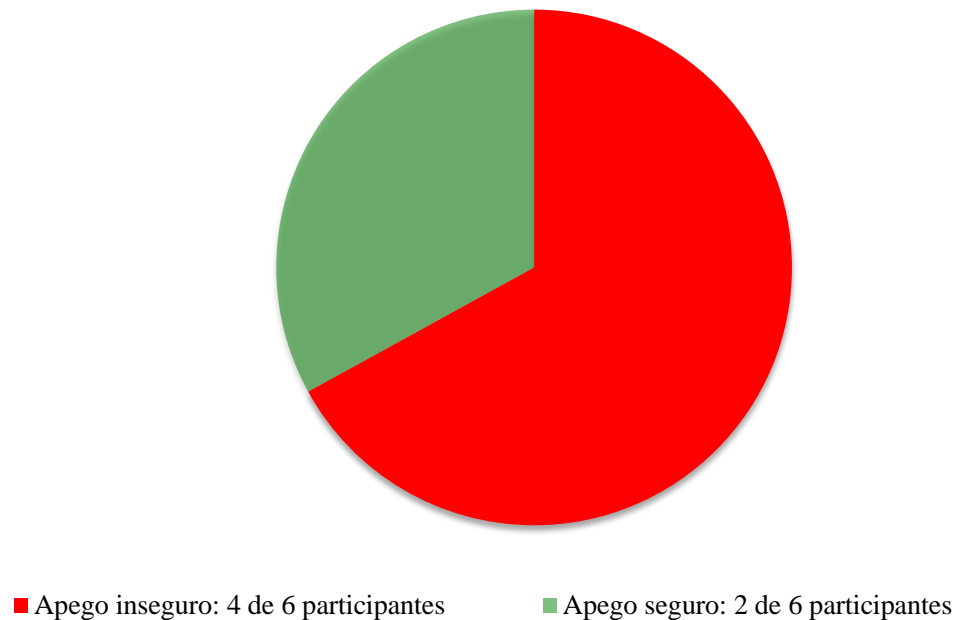
Tabla No. 4
TIPO DE APEGO AL QUE LA MUESTRA ORIENTÓ A SU BEBÉ EN LA
PRE-PRUEBA.

Participante	Puntuación	Frecuencia	Frecuencia total	Tipo de apego obtenido
1	1	0	2	Seguro
	2	2		
	5	0		
	3	2	3	
	4	1		
2	1	1	2	Seguro
	2	1		
	5	0		
	3	2	3	
	4	1		
3	1	2	4	Inseguro
	2	2		
	5	0		
	3	1	1	
	4	0		
4	1	1	5	Inseguro
	2	0		
	5	4		
	3	0	0	
	4	0		
5	1	1	3	Inseguro
	2	2		
	5	0		
	3	1	2	
	4	1		
6	1	0	3	Inseguro
	2	3		
	5	0		
	3	1	2	
	4	1		

Fuente: Intervención psicodinámica empleando el PCAS en madres primerizas.

Según estos datos, en el momento de la pre-prueba, cuatro de seis madres promovieron apego inseguro en sus bebés y solamente dos de seis promovieron apego seguro en ellos. En la Gráfica No. 1, se observa tal proporción.

Gráfica No. 1
TIPO DE APEGO AL QUE LA MUESTRA ORIENTÓ A SU BEBÉ EN LA
PRE-PRUEBA.



Fuente: Intervención psicodinámica empleando el PCAS en madres primerizas.

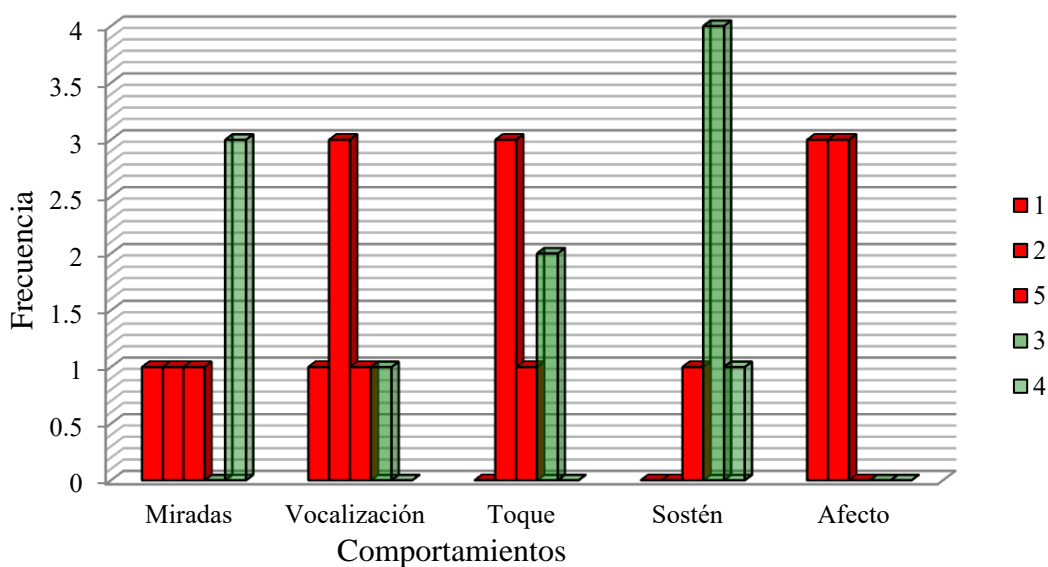
A continuación, observaremos en la Tabla No. 5, la frecuencia de cada puntaje obtenido en cada uno de los cinco comportamientos orientados al apego y manifestados por las participantes de la muestra, al momento de la pre-prueba (los puntajes de dichos comportamientos se encuentran en la Tabla No. 3). Seguido a ello, observaremos tales resultados a través de la Gráfica No. 2.

Tabla No. 5
FRECUCENCIA DE CADA PUNTAJE OBTENIDO, EN CADA COMPORTAMIENTO,
AL MOMENTO DE LA PRE-PRUEBA.

Comportamiento		Miradas	Vocalización	Toque	Sostén	Afecto
		Frecuencia				
Puntaje	1	1	1	0	0	3
	2	1	3	3	0	3
	5	1	1	1	1	0
	3	0	1	2	4	0
	4	3	0	0	1	0

Fuente: Intervención psicodinámica empleando el PCAS en madres primerizas.

Gráfica No. 2
FRECUCENCIA DE CADA PUNTAJE OBTENIDO, EN CADA COMPORTAMIENTO,
AL MOMENTO DE LA PRE-PRUEBA.



Fuente: Intervención psicodinámica empleando el PCAS en madres primerizas.

Al revisar la Tabla No. 5 y la Gráfica No. 2, resaltan los siguientes hallazgos:

- Correspondientes a las puntuaciones 3 y 4, apego seguro (ver Tabla No. 5):
 - Comportamiento de sostén: frecuencia más alta de puntaje 3.
 - Comportamiento de miradas: frecuencia más alta de puntaje 4.

- Correspondientes a las puntuaciones 1, 2 y 5, apego inseguro (ver Tabla No. 5):
 - Comportamiento de vocalización y toque: ambos comportamientos con alta frecuencias de puntaje 2.
 - Comportamiento de afecto: presenta también alta frecuencia en el puntaje 2, pero también en el puntaje 1.

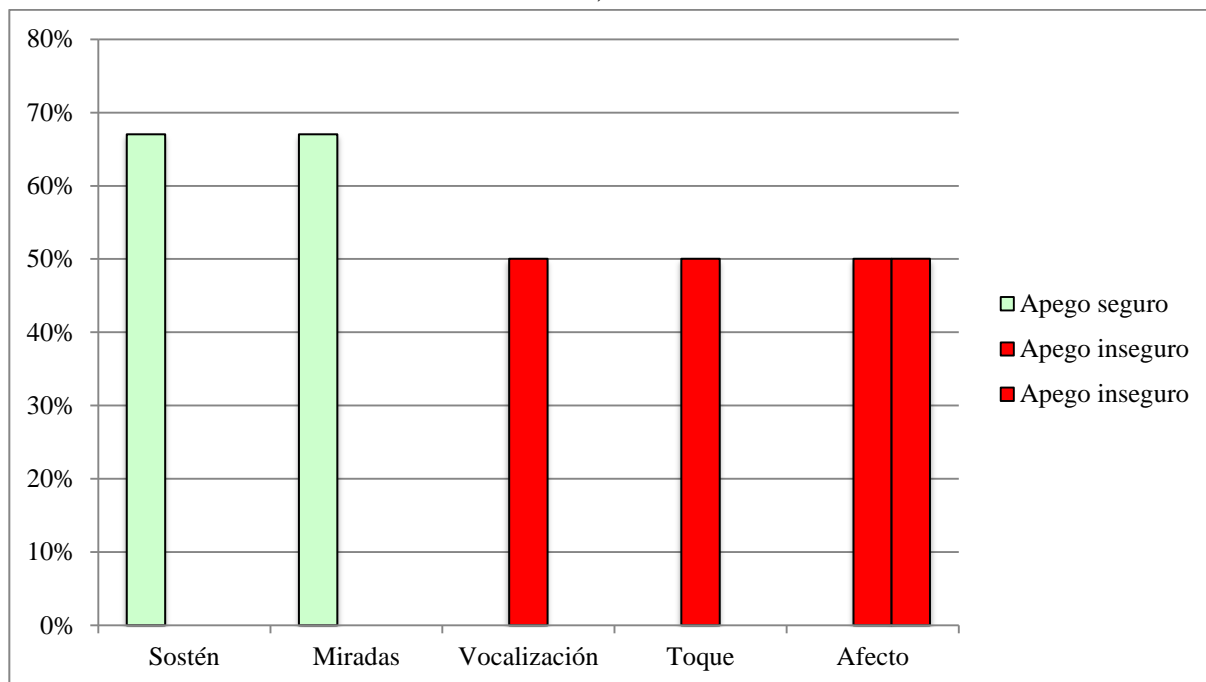
Tomando como base la información proporcionada en la Tabla No. 5, confeccionamos la Tabla No. 6, en la cual se observan, las proporciones de las frecuencias más altas, de acuerdo a cada comportamiento de la muestra al momento de la pre-prueba.

Tabla No. 6
 PROPORCIONES DE LAS FRECUENCIAS MÁS ALTAS, DE ACUERDO A CADA
 COMPORTAMIENTO DE LA MUESTRA, AL MOMENTO DE LA PRE-PRUEBA.

Comportamiento de la muestra en la pre-prueba				
Sostén	Miradas	Vocalización	Toque	Afecto
4 de 6 apoyaron al niño sobre su pecho u hombro brevemente.	3 de 6 madres mostraron frecuentes miradas, largas y cortas a la cara del niño/a.	4 de 6 dijeron palabras escasas o murmuraron.	3 de 6 rara vez tocaron al niño.	3 de 6 siempre estuvieron intensamente angustiadas y temerosas.
		1 madre presentó vocalizaciones intensas todo el tiempo.	1 de 6 lo tocó todo el tiempo.	3 de 6 se mostraron frecuentemente irritables, temerosas o apáticas.

Fuente: Intervención psicodinámica empleando el PCAS en madres primerizas.

Gráfica No. 3
PROPORCIONES DE LAS FRECUENCIAS MÁS ALTAS, DE ACUERDO A CADA
COMPORTAMIENTO DE LA MUESTRA, AL MOMENTO DE LA PRE-PRUEBA.



Fuente: Intervención psicodinámica empleando el PCAS en madres primerizas.

Luego de recolectar los datos de la muestra mediante la aplicación del instrumento en cuestión (ver Anexo 3) al momento de la pre-prueba, se procedió a llevar a cabo la implementación de Programa de Conductas de Apego Seguro (PCAS). Una vez finalizado, se aplicó dicho instrumento, bajo iguales condiciones, a las mismas participantes de la muestra. A continuación, los resultados de la post-prueba.

3. RESULTADOS DE LA POST-PRUEBA:

Como primer punto, observaremos mediante la Tabla No. 7, las puntuaciones obtenidas, por cada participante, en cada uno de los cinco comportamientos orientados al apego, al momento de la post-prueba:

Tabla No. 7
PUNTUACIONES OBTENIDAS, POR CADA PARTICIPANTE, EN CADA
COMPORTAMIENTO ORIENTADO AL APEGO AL MOMENTO DE LA
POST-PRUEBA.

Participante	Puntuación				
	1	2	3	4	5
1		Vocalización	Toque	Miradas	
			Afecto	Sostén	
2		Afecto	Toque	Miradas	
			Sostén		
			Vocalización		
3		Vocalización	Sostén	Miradas	
			Toque		
			Afecto		
4		Afecto		Vocalización	Miradas
				Sostén	Toque
5		Miradas	Vocalización	Sostén	
			Toque		
			Afecto		
6		Vocalización	Sostén	Miradas	
		Afecto			
		Toque			

Fuente: Intervención psicodinámica empleando el PCAS en madres primerizas.

A partir de los datos brindados por la tabla anterior, se realizan los sucesivos análisis. Iniciaremos confeccionando la Tabla No. 8, en donde se observará el tipo de apego obtenido por cada participante, al momento de la post-prueba. Para esto, se colocaron las puntuaciones obtenidas por cada participante, la frecuencia de cada puntuación y la frecuencia total, según el tipo de puntuación obtenida.

Para cada participante, las puntuaciones se agruparon así: en las primeras tres filas, las puntuaciones 1, 2 y 5 y en las siguientes dos filas, las puntuaciones 3 y 4. Se realizó de esta manera, para facilitar la comprensión del procedimiento llevado a cabo para identificar el tipo de apego para cada una, según la el Cuadro No. 2.

La frecuencia total, se obtuvo mediante la sumatoria de cada frecuencia obtenida, según cada puntuación. El resultado de ello se colocó en la columna correspondiente, de

manera tal, que fuera fácil para el lector identificar el grupo de puntuaciones al que pertenece, según el Cuadro No. 2.

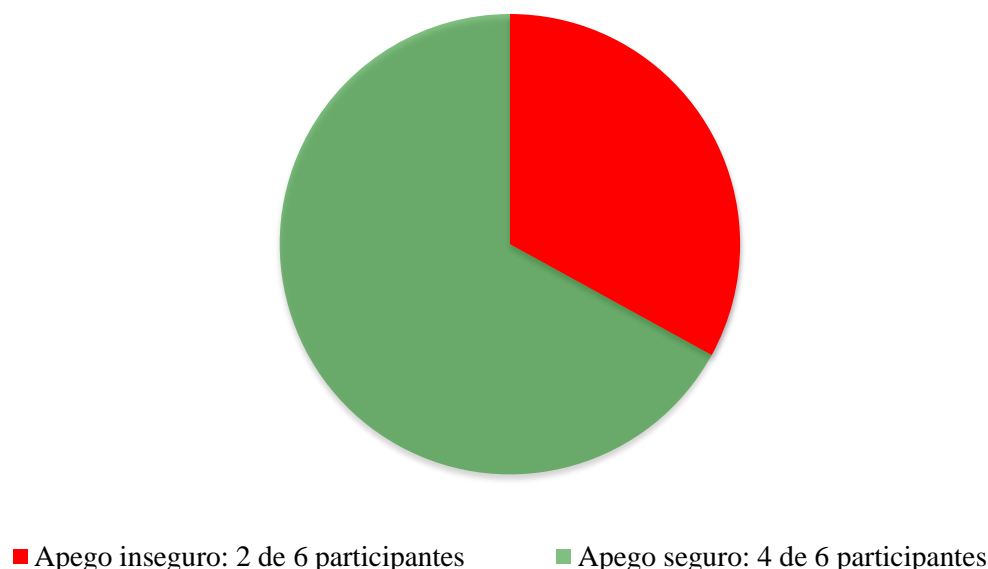
Tabla No. 8
TIPO DE APEGO AL QUE LA MUESTRA ORIENTÓ A SU BEBÉ EN LA
POST-PRUEBA.

Participante	Puntuación	Frecuencia	Frecuencia total (ver Tabla No. 2)	Tipo de apego obtenido
1	1	0	1	Seguro
	2	1		
	5	0		
	3	2	4	
	4	2		
2	1	0	1	Seguro
	2	1		
	5	0		
	3	3	4	
	4	1		
3	1	0	1	Seguro
	2	1		
	5	0		
	3	3	4	
	4	1		
4	1	0	3	Inseguro
	2	1		
	5	2		
	3	0	2	
	4	2		
5	1	0	1	Seguro
	2	1		
	5	0		
	3	3	4	
	4	1		
6	1	0	3	Inseguro
	2	3		
	5	0		
	3	1	2	
	4	1		

Fuente: Intervención psicodinámica empleando el PCAS en madres primerizas.

Según estos datos, en el momento de la post-prueba, dos de seis madres promovieron apego inseguro en sus bebés y cuatro de seis promovieron apego seguro en ellos. En la Gráfica No. 4, se observa tal proporción:

Gráfica No. 4
TIPO DE APEGO AL QUE LA MUESTRA ORIENTÓ A SU BEBÉ EN LA
POST-PRUEBA.



Fuente: Intervención psicodinámica empleando el PCAS en madres primerizas.

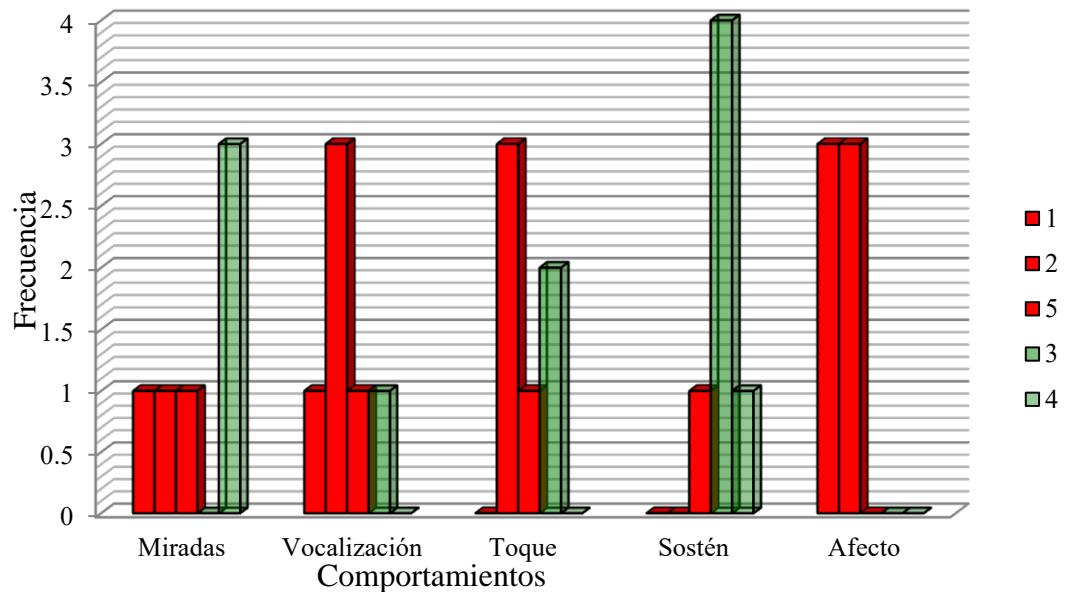
A continuación, observaremos en la Tabla No. 9, la frecuencia de cada puntaje obtenido, en cada uno de los cinco comportamientos orientados al apego y manifestados por las participantes de la muestra, al momento de la post-prueba (los puntajes de dichos comportamientos se encuentran en la Tabla No. 7). Seguido a ello, observaremos tales resultados a través de la Gráfica No. 5.

Tabla No. 9
FRECUENCIA DE CADA PUNTAJE OBTENIDO EN CADA COMPORTAMIENTO
AL MOMENTO DE LA POST-PRUEBA.

Comportamiento		Miradas	Vocalización	Toque	Sostén	Afecto
Puntaje	1	0	0	0	0	0
	2	1	3	1	0	3
	5	1	0	1	0	0
	3	0	2	4	3	3
	4	4	1	0	3	0

Fuente: Intervención psicodinámica empleando el PCAS en madres primerizas.

Gráfica No. 5
FRECUECIA DE CADA PUNTAJE OBTENIDO EN CADA COMPORTAMIENTO
AL MOMENTO DE LA POST-PRUEBA.



Fuente: Intervención psicodinámica empleando el PCAS en madres primerizas.

Al revisar la Tabla No. 9 y la Gráfica No. 5, resaltan los siguientes hallazgos:

- Correspondientes a las puntuaciones 3 y 4, apego seguro (ver Tabla No. 9):
 - Comportamiento de miradas: frecuencia más alta de puntaje 4.
 - Comportamiento de toque: frecuencia más alta de puntaje 4.
 - Comportamiento de afecto: frecuencia más alta de puntaje 3.
 - Comportamiento de sostén: frecuencias más altas de puntajes 3 y 4.
- Correspondientes a las puntuaciones 1, 2 y 5, apego inseguro (Tabla No. 8):
 - Comportamiento de vocalización: alta frecuencias de puntaje 2.
 - Comportamiento de afecto: presenta también alta frecuencia en el puntaje 2.

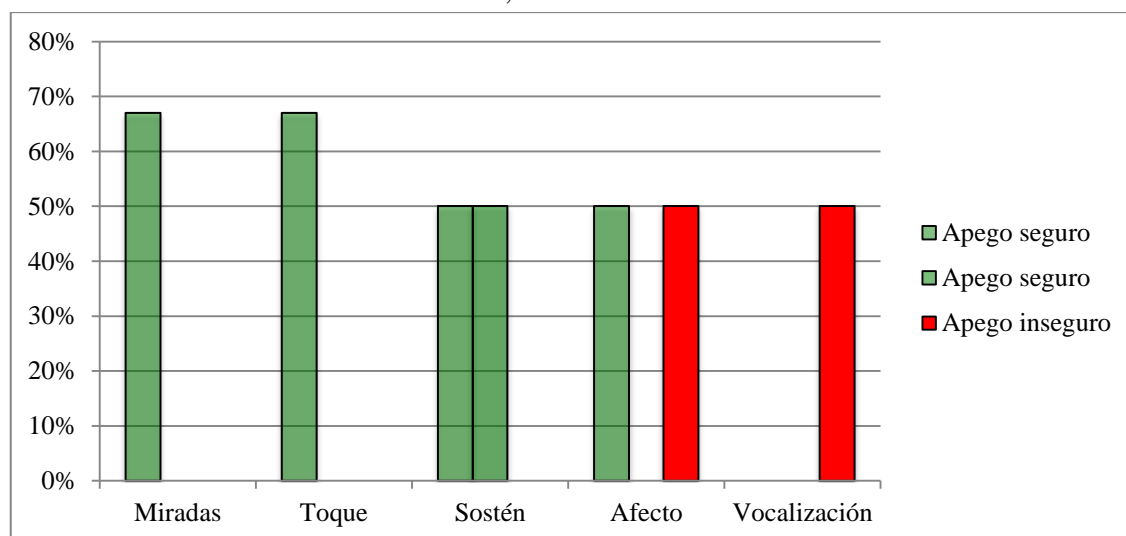
Tomando como base la información proporcionada en la Tabla No. 9, confeccionamos la Tabla No. 10, en la cual se observan, las proporciones de las frecuencias más altas, de acuerdo con cada comportamiento de la muestra, al momento de la post-prueba.

Tabla No. 10
PROPORCIONES DE LAS FRECUENCIAS MÁS ALTAS, DE ACUERDO A CADA COMPORTAMIENTO DE LA MUESTRA, AL MOMENTO DE LA POST-PRUEBA.

Comportamiento de la muestra en la post-prueba				
Miradas	Toque	Sostén	Afecto	Vocalización
4 de 6 madres mostraron frecuentes miradas, largas y cortas a la cara del niño/a.	4 de 6 madres ocasionalmente tocaron al niño/a.	3 de 6 madres apoyaron al niño sobre su pecho u hombro brevemente.	3 de 6 madres mostraron ansiedad moderada y/o agradaada o poco clara.	3 de 6 madres fueron de palabras escasas o murmuraciones.
		3 de 6 madres amoldaron su cuerpo al niño y mantuvieron contacto hasta que se tranquilizó	3 de 6 madres se mostraron frecuentemente irritables, temerosas o apáticas.	

Fuente: Intervención psicodinámica empleando el PCAS en madres primerizas.

Gráfica No. 6
PROPORCIONES DE LAS FRECUENCIAS MÁS ALTAS, DE ACUERDO A CADA COMPORTAMIENTO DE LA MUESTRA, AL MOMENTO DE LA POST-PRUEBA.



Fuente: Intervención psicodinámica empleando el PCAS en madres primerizas.

Luego de aplicar el instrumento en cuestión y haber obtenido los datos antes descritos al momento de realizar la post-prueba. Se procedió a llevar a cabo la comparación de los resultados obtenidos antes y después de la implementación del Programa de Conductas de Apego Seguro (PCAS), para de esta manera, identificar si hubo cambio, y si ese cambio, fue o no significativo.

4. ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS:

- Se utilizaron estadísticos descriptivos y, luego se compararon con un estadístico inferencial. Primero, se presentaron los datos obtenidos a través de tablas de frecuencias y gráficas, por otro lado, las medidas de las calificaciones del instrumento aplicado en los dos momentos (pre y post-test) se resumieron utilizando la media aritmética.
- Para las pruebas de hipótesis, el estadístico inferencial utilizado fue: la prueba de Wilcoxon de los rangos con signo, la cual es una prueba no paramétrica que busca evaluar la diferencia de medias utilizada para muestras dependientes o relacionadas.
- Dado a que las medidas del pre-test y post-test pertenecieron a los mismos sujetos, se sustentó que las medidas son dependientes, lo que permite parear los casos, lo cual fue necesario para la utilización del estadístico en mención.

- La selección de la prueba no paramétrica, prueba de Wilcoxon de los rangos con signo para muestras relacionadas, fue una decisión que respondió al análisis de la normalidad de los datos.
- La prueba de normalidad se comprobó a través del: test de normalidad Shapiro-Wilk que es la alternativa a la prueba Kolmogorov-Smirnov cuando la muestra es inferior a 50 sujetos:

Tabla No. 11
PRUEBAS DE NORMALIDAD

	Shapiro-Wilk			Tipo de Distribución
	Estadístico	gl	Sig.	
Ítem 1: Mirada - Pre Test	0.87	6	0.212	Normal
Ítem 2: Vocalización - Pre Test	0.86	6	0.178	Normal
Ítem 3: Toque - Pre Test	0.77	6	0.033	No Normal
Ítem 4: Sostén - Pre Test	0.70	6	0.006	No Normal
Ítem 5: Afecto - Pre Test	0.68	6	0.004	No Normal
Ítem 1: Mirada - Post Test	0.77	6	0.031	No Normal
Ítem 2: Vocalización - Post Test	0.82	6	0.091	Normal
Ítem 3: Toque - Post Test	0.77	6	0.031	No Normal
Ítem 4: Sostén - Post Test	0.68	6	0.004	No Normal
Ítem 5: Afecto - Post Test	0.68	6	0.004	No Normal
Escala de Apego Durante Stress- Pre-Test	0.86	6	0.202	Normal
Escala de Apego Durante Stress - Post-Test	0.84	6	0.122	Normal

Fuente: Salida del SPSS v. 20.0 de los resultados del test Escala Massie-Campbell (1978).

Según las pruebas de normalidad, las significancias superiores al 0.05 indican que las variables se ajustan a una distribución normal, lo cual llevaría a la decisión de utilizar pruebas paramétricas. Mientras que las significancias inferiores a 0.05, indican una distribución no normal, lo que llevarían a la decisión de utilizar pruebas no paramétricas.

Al encontrarse que menos de la mitad de las mediciones se ajustaron a una distribución normal y más de la mitad de las mediciones no se ajustaron a una distribución normal, se optó por utilizar estadísticos no paramétricos para todas las pruebas de hipótesis, y así comprobar si el tratamiento produjo cambios significativos.

Primero se presentaron los resultados a través de tablas de frecuencias y gráficas, y para una mejor comprensión de los resultados, consideramos útil presentar el cuadro correspondiente únicamente a la segunda parte del instrumento en cuestión, la Escala Massie-Campbell de observación de indicadores de apego seguro madre-bebé de Barkeley (1978), dado a que, como se mencionó en el capítulo anterior, para efectos del presente estudio, sólo se utilizó dicha parte.

El Cuadro No. 1 presenta los cinco comportamientos que se promovieron mediante la implementación de Programa de Conductas de Apego Seguro (PCAS). Junto a ello, también se observan las puntuaciones del 1 al 5 y el significado de cada puntuación, según corresponda.

Cuadro No. 1
COMPORTAMIENTO Y SIGNIFICADO SEGÚN PUNTUACIÓN, DE ACUERDO A
LA ESCALA MASSIE-CAMPBELL DE OBSERVACIÓN DE INDICADORES DE
APEGO SEGURO MADRE-BEBÉ DE BARKELEY (1978).

Comportamientos	Puntuaciones				
	1	2	3	4	5
Mirada	Siempre evita mirar la cara del niño/a.	Rara vez mira al niño/a a la cara. Miradas evasivas a la cara del niño/a.	Ocasionalmente mira al niño/a a la cara.	Frecuentes miradas, largas y cortas a la cara del niño/a.	Fija la mirada a la cara del niño por periodos largos.
Vocalización	Callada, nunca vocaliza.	Palabras escasas o murmura.	Ocasionalmente vocaliza al niño.	Frecuentemente habla y murmura, conversa y hace sonidos.	Vocalizaciones intensas todo el tiempo.
Toque	Nunca toca o tiende al niño/a.	Rara vez toca al niño.	Ocasionalmente toca al niño/a.	Frecuentemente tiende al niño y lo toca.	Si el niño está cerca, siempre lo toca.
Sostén	Rechaza al niño alterado empujándolo o lo toma alejado de su cuerpo.	Sostiene al niño en forma tiesa o rar, no relajada.	Apoyo al niño sobre su pecho u hombro brevemente.	Amolda su cuerpo al niño y mantiene contacto hasta que se tranquiliza.	Inclina el cuerpo hacia el niño, luego lo sostiene amoldándolo a su cuerpo.
Afecto	Siempre está intensamente angustiada y temerosa.	Frecuentemente irritable, temerosa o apática.	Ansiedad moderada y/o agradada o poco claro.	Tensión ocasional. En general, sonríe.	Siempre sonríe.

Fuente: Escala Massie-Campbell de observación de indicadores de apego seguro madre-bebé de Barkeley (1978).

Como segundo punto, sugerimos revisar el Cuadro No. 2, que indica, según la mayor frecuencia de puntajes obtenidos, el tipo de apego al que la madre orientó a su bebé en determinado momento de evaluación. De igual manera, se observa la interpretación, según el tipo de apego obtenido.

Si las puntuaciones que más se repitieron fueron: 1, 2 y 5, significa que sus comportamientos fueron, mayormente, orientados al tipo de apego inseguro. Si las puntuaciones que más se repitieron fueron: son 3 y 4, significa que sus comportamientos fueron, mayormente, orientados al tipo de apego seguro.

Cuadro No.2
TIPOS DE APEGO DE ACUERDO CON LA PUNTUACIÓN QUE PRESENTÓ
MAYOR FRECUENCIA.

Puntuación	Tipo de apego	Interpretación
1 y 2	Inseguro	En general, se refiere a tendencias a evitar el contacto o a no responder a las señales que la otra parte está entregando.
5		En general un puntaje de este tipo implica una tendencia a sobre reaccionar y a presentar una actitud intrusiva, exagerada y con un apego extremo hacia el bebé.
3 y 4	Seguro	En general, implican un rango normal de conductas.

Fuente: Escala Massie-Campbell de observación de indicadores de apego seguro madre-bebé de Barkeley (1978).

(a). Pruebas de Hipótesis:

A continuación, se presenta el diseño de la investigación junto con las mediciones, para facilitar el análisis de las pruebas de hipótesis, según los resultados de la Escala Massie-Campbell de observación de indicadores de apego seguro madre-bebé de Barkeley (1978).

Tabla No. 12
DISEÑO DE INVESTIGACIÓN PRE-EXPERIMENTAL

G	O₁	X	O₂
----------	----------------------	----------	----------------------

En donde:

G: Grupo.

X: Tratamiento.

O₁: Medición del Pre-Test del Grupo Experimental.

O₂: Medición del Post-Test del Grupo Experimental.

Entiéndase que:

H_0 = Hipótesis Nula.

H_1 =Hipótesis Alterna.

$\alpha = 0.05$ es el Margen de Error de 5%.

La herramienta de la estadística inferencial que se utilizó para las pruebas de hipótesis fue: la prueba de Wilcoxon de los rangos con signo que se calcula según la fórmula a continuación:

$$Z = \frac{T^+ - \mu_{T^+}}{\sigma_{T^+}}$$

En donde:

$$\mu_{T^+} = T^+ - \frac{N(N+1)}{4} \quad \text{y} \quad \sigma_{T^+} = \sqrt{\frac{N(N+1)(2N+1)}{24}}$$

T^+ proviene de la sumatoria absoluta de Rangos de signos menos frecuentes.

(b). Comparación pre-prueba vs post-prueba, en conjunto:

Tabla No. 13
ESTADÍSTICOS DESCRIPTIVOS PRE-TEST - POST-TEST

Estadísticos descriptivos Pre-Test - Post-Test	N	Media	Desv. típ.
Escala Massie-Campbell de observación de indicadores de apego seguro madre-bebé de Barkeley 1978.- Pre-Test	6	2.7333	0.79666
Escala Massie-Campbell de observación de indicadores de apego seguro madre-bebé de Barkeley 1978.- Post-Test	6	3.1333	0.46762

Fuente: Salida del SPSS v. 20.0 de los resultados del test Escala Massie-Campbell (1978).

Hipótesis estadística: $H_0: O_1 = O_2$

$H_1: O_1 \neq O_2$

En donde: O_1 = Media de la Escala Massie-Campbell de observación de indicadores de apego seguro madre-bebé de Barkeley (1978) en el Pre-Test.

O_2 = Media de la Escala Massie-Campbell de observación de indicadores de apego seguro madre-bebé de Barkeley (1978) en el Post-Test.

Regla de Decisión:

- Se rechaza la Hipótesis Nula si la p (significancia) observada es < 0.05 .
- Se acepta la Hipótesis Alterna si la p (significancia) observada es < 0.05 .

Cálculo del Estadístico:

Tabla No. 14

Resumen de prueba de hipótesis

	Hipótesis nula	Test	Sig.	Decisión
1	La mediana de las diferencias entre Escala de Apego Durante Stress-Pre-Test y Escala de Apego Durante Stress - Post-Test es igual a 0.	Prueba de Wilcoxon de los rangos con signo de muestras relacionadas	.078	Retener la hipótesis nula.

Se muestran las significancias asintóticas. El nivel de significancia es .05.

Fuente: Salida del SPSS v. 20.0 de los resultados del test Escala Massie-Campbell (1978).

Conclusión:

Se acepta la hipótesis nula, por lo que se concluye que, en conjunto, no hay diferencias significativas entre la post-prueba y la pre-prueba.

(c). Comparación pre-prueba vs post-prueba, por ítems:

Tabla No. 15
ESTADÍSTICOS DESCRIPTIVOS POR ÍTEMS

	N	Media	Desv. típ.
Ítem 1: Mirada - Pre Test	6	3.33	1.5055
Ítem 2: Vocalización - Pre Test	6	2.50	1.3784
Ítem 3: Toque - Pre Test	6	2.83	1.1690
Ítem 4: Sostén - Pre Test	6	3.50	0.8367
Ítem 5: Afecto - Pre Test	6	1.50	0.5477
Ítem 1: Mirada - Post Test	6	3.83	0.9832
Ítem 2: Vocalización - Post Test	6	2.67	0.8165
Ítem 3: Toque - Post Test	6	3.17	0.9832
Ítem 4: Sostén - Post Test	6	3.50	0.5477
Ítem 5: Afecto - Post Test	6	2.50	0.5477

Fuente: Salida del SPSS v. 20.0 de los resultados del test Escala Massie-Campbell (1978).

○ Ítem #1: Miradas.

Hipótesis estadística: $H_0: O_1 = O_2$

$H_1: O_1 \neq O_2$

En donde: O_1 = Media del Ítem #1 (ADS) del Pre-Test.

O_2 = Media del Ítem #1 (ADS) del Post-Test

Cálculo del Estadístico:

Tabla No. 16
Resumen de prueba de hipótesis

	Hipótesis nula	Test	Sig.	Decisión
1	La mediana de las diferencias entre Ítem 1: Mirada - Pre Test y Ítem 1: Mirada - Post Test es igual a 0.	Prueba de Wilcoxon de los rangos con signo de muestras relacionadas	.180	Retener la hipótesis nula.

Se muestran las significancias asintóticas. El nivel de significancia es .05.

Fuente: Salida del SPSS v. 20.0 de los resultados del test Escala Massie-Campbell (1978).

Conclusión:

Se acepta la hipótesis nula, por lo que concluye que no hay diferencias significativas, entre la post-prueba y la pre-prueba, en el ítem#1.

- Ítem #2: Vocalización.

Hipótesis estadística: $H_0: O_1 = O_2$

$H_1: O_1 \neq O_2$

En donde: O_1 = Media del Ítem #1 (ADS) del Pre-Test.

O_2 = Media del Ítem #2 (ADS) del Post-Test.

Cálculo del Estadístico:

Tabla No. 17

Resumen de prueba de hipótesis

	Hipótesis nula	Test	Sig.	Decisión
1	La mediana de las diferencias entre Ítem 2: Vocalización - Pre Test y Ítem 2: Vocalización - Post Test es igual a 0.	Prueba de Wilcoxon de los rangos con signo de muestras relacionadas	.564	Retener la hipótesis nula.

Se muestran las significancias asintóticas. El nivel de significancia es .05.

Fuente: Salida del SPSS v. 20.0 de los resultados del test Escala Massie-Campbell (1978).

Conclusión:

Se acepta la hipótesis nula, por lo que concluye que no hay diferencias significativas, entre la post-prueba y la pre-prueba en el ítem#2.

- Ítem #3: Toque.

Hipótesis estadística: $H_0: O_1 = O_2$

$H_1: O_1 \neq O_2$

En donde:

O_1 = Media del Ítem #1 (ADS) del Pre-Test.

O_2 = Media del Ítem #3 (ADS) del Post-Test.

Cálculo del Estadístico:

Tabla No. 18
Resumen de prueba de hipótesis

	Hipótesis nula	Test	Sig.	Decisión
1	La mediana de las diferencias entre Ítem 3: Toque - Pre Test y Ítem 3: Toque - Post Test es igual a 0.	Prueba de Wilcoxon de los rangos con signo de muestras relacionadas	.157	Retener la hipótesis nula.

Se muestran las significancias asintóticas. El nivel de significancia es .05.

Fuente: Salida del SPSS v. 20.0 de los resultados del test Escala Massie-Campbell (1978).

Conclusión:

Se acepta la hipótesis nula, por lo que concluye que no hay diferencias significativas, entre la post-prueba y la pre-prueba, en el ítem#3.

- Ítem #4: Sostén.

Hipótesis estadística: $H_0: O_1 = O_2$

$H_1: O_1 \neq O_2$

En donde: O_1 = Media del Ítem #1 (ADS) del Pre-Test.

O_2 = Media del Ítem #4 (ADS) del Post-Test.

Cálculo del Estadístico:

Tabla No. 19

Resumen de prueba de hipótesis

	Hipótesis nula	Test	Sig.	Decisión
1	La mediana de las diferencias entre Ítem 4: Sostén - Pre Test y Ítem 4: Sostén - Post Test es igual a 0.	Prueba de Wilcoxon de los rangos con signo de muestras relacionadas	1.000	Retener la hipótesis nula.

Se muestran las significancias asintóticas. El nivel de significancia es .05.

Fuente: Salida del SPSS v. 20.0 de los resultados del test Escala Massie-Campbell (1978).

Conclusión:

Se acepta la hipótesis nula, por lo que concluye que no hay diferencias significativas, entre la post-prueba y la pre-prueba en el ítem #4.

- Ítem #5: Afecto.

Hipótesis estadística: $H_0: O_1 = O_2$

$H_1: O_1 \neq O_2$

En donde: O_1 = Media del Ítem #1 (ADS) del Pre-Test.

O_2 = Media del Ítem #5 (ADS) del Post-Test.

Cálculo del Estadístico:

Tabla No. 20

Resumen de prueba de hipótesis

	Hipótesis nula	Test	Sig.	Decisión
1	La mediana de las diferencias entre Ítem 5: Afecto - Pre Test y Ítem 5: Afecto - Post Test es igual a 0.	Prueba de Wilcoxon de los rangos con signo de muestras relacionadas	.034	Rechazar la hipótesis nula.

Se muestran las significancias asintóticas. El nivel de significancia es .05.

Fuente: Salida del SPSS v. 20.0 de los resultados del test Escala Massie-Campbell (1978).

Conclusión:

Se rechaza la hipótesis nula, por lo que concluye que sí hay diferencias significativas, entre la post-prueba y la pre-prueba, en el ítem #5.

(d). Discusión de los resultados:

Según los resultados obtenidos en la pre-prueba, se pudo observar que las respuestas de las participantes abarcaron todos los tipos de puntuaciones, desde el extremo numérico del apego inseguro evasivo (puntuación 1) hasta la puntuación correspondiente al apego inseguro ambivalente (puntuación 5).

De hecho, de las 30 respuestas posibles, fueron 15 las que se ubicaron entre las puntuaciones 1 y 2, que corresponden a la categoría: apego inseguro evasivo, mientras que 4 respuestas en total se marcaron en la puntuación 5, que corresponden a la categoría: apego inseguro ambivalente.

Esto dejó 11 respuestas de toda la muestra entre las puntuaciones 3 y 4, correspondientes a la clasificación: apego seguro. Es decir, más de la mitad de las respuestas apuntaron a un apego inseguro. Al agrupar las frecuencias de las puntuaciones, se observó que 4 de las 6 participantes mostraron apego inseguro, mientras que las 2 restantes, apego seguro.

Si bien es cierto, que el promedio de toda la muestra fue de: 2.73, es decir, más cerca de 3 (rango de apego seguro) que de 2 (1 a 2 es el rango de apego inseguro evasivo), el promedio de la mayoría de los ítems (3 de los 5 ítems) se ubicó por debajo de 3 (rango de apego seguro). Con esto se evidenció que, en la pre-prueba, definitivamente el apego de la muestra fue de tipo: inseguro.

Es decir, que antes de empezar con la implementación del programa de intervención, frente a los momentos de estrés de sus bebés, las madres se comportaron de maneras que promovían, mayormente, los sentimientos de inseguridad en sus pequeños hijos.

Tal como se mencionó en el capítulo dedicado a exponer la teoría, según Bowlby (1976), cuando el bebé nace y está en sus primeros momentos de vida, se encuentra en un marcado estado de vulnerabilidad en donde, los fuertes sentimientos de inseguridad lo impulsan a aferrarse a una persona más madura, con el fin único de sobrevivencia.

En esos momentos tan apremiantes para el bebé, es importante que cuente con una persona cercana, disponible y capaz de responder a sus demandas de manera eficaz con el objetivo de transmitirle la seguridad que tanto necesita. Sin embargo, esto no fue lo que se observó en la pre-prueba, dado a que, como se mencionó anteriormente, el apego predominante en la muestra fue el de tipo: inseguro.

De manera específica, se encontró que la mayoría de las respuestas de apego inseguro (puntuaciones 1, 2 y 5) fueron registradas principalmente en el ítem: afecto. Es decir, de las seis participantes que conformaron la muestra, seis mostraron dificultad a la hora de poner en práctica este comportamiento, ya que, tres de ellas estuvieron frecuentemente irritables, temerosas o apáticas, y las otras tres, siempre se observaron intensamente angustiadas y temerosas.

Esto indica que, al momento de estrés de su bebé, las madres experimentaron un estado emocional alterado, lo cual es contrario a lo que Bion (citado en Bleichmar, 2017) denominó como: estado de ensoñación materno, el cual señala que, al momento de angustia del bebé, la madre debe experimentar un estado de receptividad y calma.

Tal como el autor afirmó, al experimentar ese estado de calma, la madre está en mejor posición para ejercer la función de contención, es decir, para tomar la angustia que el bebé previamente puso afuera, pensarla, procesarla por él, y luego, devolvérsela de manera tal, que le sea más tolerable.

Únicamente de esta manera, es que la madre, logra, promover en su bebé, los sentimientos de seguridad que necesita para su correspondiente desarrollo mental y emocional. Como ya se mencionó, es un pre-requisito, que ella experimente tal estado de calma.

De tal manera que, si esto no se cumple, sino que por el contrario, la madre se encuentra emocionalmente alterada, frente a al estado emocionalmente alterado de su bebé, como sucedió en el momento de la pre-prueba, no se logra lo que se explicó de la función de contención, por lo cual, el bebé re-introyecta la angustia expulsada en forma de lo que el autor en mención denominó: un terror sin nombre.

Vale destacar, que las fallas en el estado de ensoñación materno repercuten en el bebé de manera importante, dado a que le dificulta, lo que ya se explicó de la introyección de un objeto contenedor, lo cual es requisito, para que en etapas posteriores el bebé desarrolle la función de contención propia.

Es decir, si a las madres les cuesta experimentar estados de calma frente a los estados de no calma de su bebé, significa que, probablemente a ellas se les dificulte ejercer la función de contención propia, dificultando a su vez, la capacidad a futuro de sus bebés, de realizar lo mismo cuando se encuentren en situaciones similares, generando severos daños a su psiquismo y a la relación con los demás.

Seguido a ello, se encontró el ítem: vocalización, en el cual, cinco de las seis participantes tuvieron dificultad, ya que, frente al momento de estrés de su bebé, tres de ellas les hablaron muy poco, dos no les dijeron ni una palabra y una le habló, pero lo hizo en exceso.

Y luego en el ítem: toque, fueron cuatro de seis participantes, las que mostraron dificultad a la hora de acariciar a sus pequeños, ya sea porque, tres de ellas rara vez los tocaron, o porque, una de ellas lo tocó, pero en exceso.

Quiere decir, que al momento de estrés de su bebé, a las mamás también se les dificultó hacer uso del recurso de hablar y del de acariciar a sus pequeños hijos, ya que, por un lado, un grupo optó por evitar hablarle y/o acariciarlo, y por el otro lado, el otro grupo optó por hablarle y/o acariciarlos en exceso. O sea, que en lo que compete a la ejecución de estos comportamientos, las madres optaron por actuar, básicamente desde los extremos.

Finalmente, esto significa que, de forma general, al momento de la pre-prueba y frente al momento de estrés de su bebé, primeramente, ellas reaccionaron de forma emocionalmente alterada (afecto), cargando a sus bebés y mirándolos, pero con mayores dificultades para consolarlos a través de comentarios, breves cantos (vocalización) y de caricias (toque).

Esto puede deberse a varias razones, en primer lugar, todas las madres participantes presentaron la particularidad de ser primerizas, lo cual indica poca experiencia en el cuidado de sus bebés y en el manejo emocional de sí mismas, frente a los momentos de estrés de él.

Por otro lado, tenemos que sus bebés se encontraban en las primeras etapas de vida (o a 3 meses), por lo cual, es posible que ellas, justamente se encontraban en ese periodo de conocer sus señales y la forma atinada de responder a ellas.

Por último, todas se encontraban en una situación de prueba al formar parte del presente estudio, lo cual, pudo incrementar el nivel de estrés que la tarea de lidiar con el llanto del bebé, en sí misma, produce.

Los resultados de la post-prueba, evidenciaron que las respuestas de las participantes fueron mucho menos variadas y que éstas se movilizaron de tal manera que ya no hubo puntuaciones: 1 y tan solo hubo dos respuestas marcadas como: 5. Finalmente, la mayoría de las respuestas, se concentraron en las puntuaciones: 3 y 4 correspondientes al apego seguro.

De las 30 respuestas posibles, en la post-prueba, tan solo ocho respuestas se ubicaron entre las puntuaciones: 1 y 2 (las ocho en la puntuación: 2 y ninguna en la puntuación: 1) que corresponden a la categoría: apego inseguro evasivo, y apenas dos respuestas en total se marcaron en la puntuación: 5 que corresponden a la categoría: apego inseguro ambivalente, lo que hizo un total de diez respuestas de treinta ubicadas en la categoría general de: apego inseguro.

Con esto quedaron veinte respuestas de toda la muestra marcadas en las puntuaciones: 3 y 4, que corresponden a la clasificación: apego seguro. Es decir, dos tercios de las respuestas apuntaron a un apego seguro en la post-prueba.

Al agrupar las frecuencias de las puntuaciones, se observó que en la post-prueba, cuatro de las seis participantes mostraron comportamientos que orientaron a sus bebés a un apego seguro, mientras que las dos restantes denotaron comportamientos que orientaron a sus bebés a un apego inseguro.

Aun cuando el promedio de toda la muestra en la post-prueba (3.13) no es tan diferente del promedio de la pre-prueba (2.73), hubo una movilización o cambio de categoría en la post-prueba hacia el apego seguro.

Esta vez, en la post-prueba, el promedio de la mayoría de los ítems (3 de los 5) estuvo por encima de 3 (rango de apego seguro) y los otros dos están entre 2.50 y 2.67 de promedio. Con esto se evidenció que en la post-prueba definitivamente el apego de la muestra cambió a la categoría de tipo: seguro.

Es decir, que la mayoría de las mamás luego de haber participado del PCAS, mediante sus comportamientos al momento de estrés de su bebé, promovieron, mayormente los sentimientos de seguridad en el mismo.

Lo cual, probablemente contribuyó con la formación de lo que Klein (1952) denominó: objetos buenos, ya que, la madre al promover los sentimientos de seguridad en su hijo, está promoviendo la creación de objetos buenos por parte de él, lo cual se traduce en un mayor número de experiencias agradables, aportando así, a la salud mental de su pequeño.

Se encontró que los cambios del pre-test al post-test se dieron principalmente en el ítem de: afecto, ya que antes, cuando las seis participantes estaban en la categoría de: apego inseguro, ahora fueron tres las que se encontraron en esa categoría, siendo tres las que se movieron a la categoría de: apego seguro.

Quiere decir, que de la totalidad de las participantes que evidenciaron un estado emocional alterado frente al momento de estrés de su bebé en un inicio, luego de haber finalizado la implementación del PCAS, la mitad de ellas, frente a un mismo momento, pudieron reflejar un estado emocional de calma.

Lo que indica que cumplieron con lo requerido por Bion (citado en Bleichmar, 2017) con respecto al estado emocional de la madre al momento de lidiar con el estrés o la angustia de su hijo (estado de ensoñación materno), señalado anteriormente.

Con respecto al ítem: toque, cuando antes, cuatro de las seis participantes estaban en la categoría de apego inseguro y dos en seguro, ahora se invirtió la proporción siendo cuatro, las que cambiaron a apego seguro y dos quedaron en inseguro.

Indicando que dos participantes que en un inicio rara vez tocaban a sus hijos, una vez terminado el PCAS, lograron tocarlos de forma ocasional o regular, puesto a que, pasaron de la puntuación 2 a la puntuación 3.

Esto significa que, una vez finalizado el PCAS, al momento de estrés de sus bebés, dos madres empezaron a tener más contacto físico con sus hijos, lo cual, probablemente, aportó de manera positiva, a la tarea de lidiar con su llanto, y más aún, a la calidad de la relación mamá-bebé.

Otro cambio importante que se reflejó del pre-test al post-test fue en el ítem de: vocalización, ya que, al inicio cinco de seis participantes estaban en la categoría de apego

inseguro, luego se redujo a tres, dejando a las otras tres en la categoría de apego seguro (cuando antes había una sola).

Esto significa que, en un inicio fueron cinco mamás las que presentaron dificultad a la hora de hablarle a sus bebés en el momento de estrés de él, dado a que, como ya se mencionó, una le habló en exceso, tres le hablaron poco y una no le dijo ni una sola palabra.

Ahora son tres las que les hablaron a sus bebés de manera más regular y tres las que les hablaron poco, o sea que, la que le hablaba en exceso, dejó de hacerlo y aprendió a hablarle de forma más equilibrada.

Cabe destacar que, de las tres mamás que les hablaron de forma regular, dos de ellas, anteriormente, habían obtenido puntuaciones 2 y 5 correspondientes al apego inseguro. O sea que, estas dos cambiaron, no solamente de puntuación, sino de, categoría, lo cual evidenció un considerable esfuerzo, por parte de ellas, en comunicarse mejor con sus hijos.

También se encontró en el ítem: sostén, que en la post-prueba, ninguna obtuvo puntuaciones asociadas al apego inseguro, ya que, la participante que en un inicio marcó 5, es decir, que cargaba a su bebé en exceso, logró bajar la intensidad y cargarlo, de forma más equilibrada, solamente hasta que se tranquilice.

En el ítem: miradas hubo una ligera mejoría, es decir, una participante que puntuó 2, correspondiente al apego inseguro, luego de finalizado el PCAS, puntuó 4, correspondiente al apego seguro, lo cual, también evidencia un notorio esfuerzo por su parte.

Al lograr mirar a su bebé a los ojos de forma frecuente, y no escasa, como antes lo hacía, muy probablemente le ayudó a responder a las necesidades de su hijo, de forma más atinada, ya que, al mirarlo al rostro, se le facilita la tarea de identificar el significado de sus gestos y de las señales que otorga, dando como resultado, el fomento de mayores sentimientos de seguridad en él.

Al hacer las pruebas de hipótesis, la rigurosidad de la estadística inferencial llevó a concluir que no hubo diferencia significativa entre las mediciones en conjunto entre la pre-prueba y la post-prueba.

Sin embargo, cabe destacar que, en cuanto a las frecuencias, esta vez son la mayoría de las participantes (cuatro de seis), en la post-prueba, las que entraron en la categoría de apego seguro, cuando antes, en la pre-prueba, eran cuatro de seis las participantes en la categoría de apego inseguro.

Esto se traduce en que, una vez finalizado el PCAS y frente al momento de estrés de sus bebés, las madres reaccionaron de una forma más calmada (afecto), mirándolos más a los ojos (miradas) y hablándoles, (vocalización), acariciándolos (toque) y cargándolos (sostén) de forma más equilibrada.

Por otro lado, aunque al hacer un análisis por ítem no se encontraron diferencias significativas entre las mediciones de la pre-prueba y la post-prueba, en el ítem: afecto, sí se encontró, por lo que se puede afirmar que el tratamiento produjo una mejora significativa en ese comportamiento.

Esto quiere decir que, la implementación del PCAS aportó, notoriamente, al comportamiento que indica el estado emocional de la madre frente al momento de estrés de su hijo, ya que, una vez finalizado el mismo, ellas se hallaron más calmadas.

Esto es sumamente valioso para ambas partes. Para el bebé, porque logra percibir los sentimientos de seguridad, quizá, de una manera más rápida. Y, para la madre, porque logró identificar, de manera vivencial y práctica, la importancia de su estado emocional, como base, al manejo emocional nocivo de su hijo.

CONCLUSIONES

CONCLUSIONES

Las conductas observadas, por parte de las participantes, antes de la implementación del PCAS y frente al momento de estrés de sus bebés, fueron totalmente esperadas, dado a que, principalmente, todas compartían la particularidad de ser madres primerizas.

El experimentar estados de estrés, es lo más común cuando una persona se enfrenta a una tarea nueva, y más aún, cuando el objeto de esta tarea, quien es su pequeño hijo, se encuentra emocionalmente atravesando por lo mismo.

Eso con respecto, puntualmente al comportamiento de: afecto, el cual reflejó la singularidad de que, todas las madres manifestaron estados emocionales alterados, frente a los momentos de estrés de sus hijos.

Con respecto a los otros comportamientos, específicamente: vocalización y toque, es probable que las madres hayan tenido dificultad para aplicarlos de forma equilibrada, por diversas razones: patrones de crianza propios, tipos de personalidad de ellas, situaciones relacionadas a su realidad circundante, el estrés proveniente de la situación de prueba y, quizá también, se deba al hecho de que ellas estaban emocionalmente alteradas.

Una vez finalizada la post prueba y frente al momento de estrés de sus hijos, las madres lograron ejercer un mayor autocontrol, ya que, en esos momentos, reaccionaron de forma más calmada.

Es probable que, el hecho de experimentar tal estado emocional, haya facilitado que las madres, una vez finalizado el PCAS y frente al momento de estrés de sus hijos, hayan podido interactuar con ellos de forma más equilibrada, ya sea a través de sus palabras, caricias, miradas y su forma de tomarlos en brazos.

De forma general, puedo concluir que la implementación del PCAS tuvo un impacto positivo para el grupo de participantes, ya que sirvió, principalmente, para que aprendieran a mantener un estado emocional de calma, ya sea que se enfrenten o no, a estados emocionales de no calma, por parte de sus hijos.

También considero que, al impactar positivamente a este pequeño grupo de madres, ellas a su vez, por medio del mantenimiento de los comportamientos adquiridos, pueden impactar a otras madres, generando un efecto multiplicador que beneficiará a nuestra sociedad.

RECOMENDACIONES

RECOMENDACIONES

Dado a que, una vez finalizado el Programa de Conductas de Apego Seguro (PCAS), las participantes continuaron obteniendo puntuaciones 1, 2 y 5, correspondientes al apego de tipo inseguro (ver Tabla No. 7 y Cuadro No. 2), deseamos hacer las siguientes recomendaciones:

- Comportamiento de afecto: dado a que se mostraron frecuentemente irritables y temerosas, se recomienda que, en futuros estudios, se contemplen actividades dirigidas a disminuir los niveles de ansiedad en las madres.
- Comportamiento de vocalización: dado a que resultaron muy calladas, recomendamos incluir, actividades en donde las madres, tengan que hablar con sus bebés, ya sea a través de sonidos y cantos.
- Comportamiento de miradas: hubo dos tipos, las que rara vez miraron a sus hijos a la cara y las que fijaron su mirada en la cara del niño por largos periodos de tiempo. En el caso de las primeras, se recomienda incluir actividades que promuevan el contacto visual a la cara del niño, por parte de sus madres. En el caso de las segundas, se recomienda actividades que disminuyan la intensidad de las mismas.

- Comportamiento de toque: hubo dos tipos, las que rara vez tocaron a su hijo y las que, mientras que lo tuvieran cerca, lo tocaban todo el tiempo. En el caso de las primeras, se recomienda promover actividades en donde las madres deban acariciar a sus hijos. En el caso de las segundas, se recomiendan actividades que permitan todo lo contrario.

Por otro lado, también deseamos recomendar que el presente estudio se pruebe en otras muestras: madres no primerizas, madres con más de un hijo, madres adolescentes, madres en riesgo social, entre otras, a la vez que también pueda ser aplicado a padres.

Finalmente, también recomendamos que se realice esta misma investigación, con el mismo enfoque, pero aumentando la cantidad de la muestra. También sería de utilidad, realizar esta misma investigación, pero utilizando otro enfoque psicoterapéutico.

BIBLIOGRAFÍA

- ASAMBLEA LEGISLATIVA PANAMÁ (1994). *Código de la familia*. Recuperado de <http://www.biblioteca.jus.gov.ar/codigo-familia-panama.html>
- BLEICHMAR, N., LEIBERMAN, C. (2017). *El psicoanálisis después de Freud: teoría y clínica*. México. Paidós.
- BOWLBY, J. (1976). *El vínculo afectivo*. Editorial Paidós. Buenos Aires, Argentina.
- BOYD, K. (2010). Universidad Católica Santa María La Antigua. Tesis de doctorado. *Influencia de los patrones de apego en el proceso de duelo en mujeres viudas*. Panamá.
- CAMPBELL, M. (1978). *Escala de observación de indicadores de apego madre-bebé*. Recuperado de: <http://www.crececontigo.gob.cl/wp-content/uploads/2013/08/Escala-de-Massie-Campbell.pdf>
- MINISTERIO DE DESARROLLO SOCIAL (2017). Chile Crece Contigo. *Protección integral a la infancia*. Recuperado de: <http://www.crececontigo.gob.cl/acerca-de-chcc/que-es/>
- DOMÍNGUEZ, F. (2007). Universidad Católica Santa María La Antigua. Tesis de doctorado. *Apego en madres adolescentes víctimas de abuso sexual. Su impacto en la intimidad*. Panamá.
- FELDMAN, R. (2007). *Desarrollo psicológico. Cuarta edición*. México, Pearson.
- KLEIN, M. (1952). *Algunas conclusiones teóricas sobre la vida emocional del bebé*. Bibliotecas de Psicoanálisis. Recuperado de: [http://oer2go.org/mods/es-bibliofilo/content/Klein,%20Melanie%20\(1882-1960\)/Klein,%20Melanie%20-%20Observando%20la%20conducta%20de%20beb%C3%A9s.PDF](http://oer2go.org/mods/es-bibliofilo/content/Klein,%20Melanie%20(1882-1960)/Klein,%20Melanie%20-%20Observando%20la%20conducta%20de%20beb%C3%A9s.PDF)
- LOPEZ, O. (s/f). *Manual del estilo APA* (6ta. ed). Publicado el 3 de noviembre del 2012. Recuperado de: <https://es.slideshare.net/mobile/jacosol/norma-apa-con-ejemplos>
- FUNDACIÓN RELACIONES SANAS PANAMÁ (2017). *Programas de Facilitación de apego madre-infante*. Recuperado de: <http://www.fundacionrelacionessanas.org/programas/>

POLO, O. (2006). Universidad Católica Santa María La Antigua. Tesis de doctorado. *Huellas del apego primario en la vinculación adulta de mujeres maltratadas por su pareja, estudio de dos casos*. Panamá.

SAMPIERI, R. (2006). *Metodología de la investigación*. Mc Graw Hill, 4ta edición. México.

WINNICOT, D. (1956). *Preocupación maternal primaria*. Obras Recuperado de: [http://
http://www.psicoanalisis.org/winnicott/preomapr.htm](http://www.psicoanalisis.org/winnicott/preomapr.htm)

WINNICOT, D. (1960). *La pareja madre-lactante*. Obras completas. Recuperado de: [http://
http://www.psicoanalisis.org/winnicott/lapamala.htm](http://www.psicoanalisis.org/winnicott/lapamala.htm)

WINNICOT, D. (1966). *La madre de devoción corriente*. Obras completas. Recuperado de: [http://
http://www.psicoanalisis.org/winnicott/madevcte.htm](http://www.psicoanalisis.org/winnicott/madevcte.htm)

ANEXOS

ANEXO 1

Consentimiento Informado

Yo _____ con cédula de identidad _____ por este medio hago constar que he aceptado, voluntariamente, participar del estudio de efectividad del: “Programa de Conductas de Apego Seguro (PCAS)” en calidad de sujeto de la muestra, a fin de que se observe la relación con mi bebé a lo largo de 6 semanas, para determinar el estilo de apego que desarrollo con él, participar en charlas de orientación y contestar cuestionarios que me formulen, además de aparecer en fotos o videos para fines educativos del mismo.

Firma

Fecha

ANEXO 2

Programa de Conductas de Apego Seguro PCAS

El objetivo del presente programa es fomentar, en madres o futuras madres, conductas orientadas a generar apego seguro en sus bebés. En su primera fase, va dirigido a ampliar los conocimientos, de ellas, acerca de este concepto; en la segunda, que comprendan el mundo emocional interno de los niños en términos de sentimientos de seguridad y establecimiento de vínculos. En la tercera fase, se busca crear conciencia, en las madres, sobre el impacto que sus reacciones y respuestas tienen el posterior desenvolvimiento de su hijo en temas de relaciones consigo mismo, con la autoridad y con sus pares. Y, la cuarta fase, va encaminada a que las madres desarrollen habilidades prácticas para responder asertivamente a las necesidades de apego de su bebé.

Sesión	Tema	Contenido	Metodología	Recursos
1	Introducción y sensibilidad y función materna: contener sostener	<ul style="list-style-type: none">○ ¿Qué es el apego?<ul style="list-style-type: none">▪ Propensión del ser humano de buscar cercanía hacia otros (Bowlby, 1951).○ Mitos sobre el apego:<ul style="list-style-type: none">▪ La madre es quien hace apego con el hijo.▪ Importa la cantidad y no la calidad.	<ul style="list-style-type: none">○ Lluvia de ideas.○ Exposición guiada.○ Videos:<ul style="list-style-type: none">▪ Apego seguro: https://www.youtube.com/watch?v=egNh8Mswp	Papel manila Marcadores Imágenes Cinta adhesiva Laptop Proyector

	y regular los afectos.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Apego es estar pegados todo el tiempo. ▪ Es lo mismo que la lactancia, el juego y la estimulación. ○ Tipos de apego: (Ainsworth, 1967) <ul style="list-style-type: none"> ▪ Seguro. ▪ Inseguro: <ul style="list-style-type: none"> ✓ Evitativo. ✓ Ambivalente. ✓ Desorganizado. ○ Beneficios del apego seguro: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Confianza en la exploración del mundo (Jacobsen y Hoffman, 1997). ▪ Mejor interacción con sus pares (Fagot, 1997). ▪ Interacción más positiva con sus figuras de autoridad y mejor resolución de problemas 	<p><u>1k</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Tipos de apego: https://www.youtube.com/watch?v=qaXcjExnhbM ▪ Importancia del apego seguro: https://www.youtube.com/watch?v=KPN1rYtlac ▪ Función materna: https://www.youtube.com/watch?v=8Nfiu-BrehQ&t=20s 	Goma eva
--	------------------------	--	---	----------

		<p>(Elicker et al., 1992).</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Autoimagen más equilibrada (Elicker et al., 1992; Verschueren, Marcoen and Schoefs, 1996). ▪ Estado de ánimo más alegre (Kochanska, 2001). <ul style="list-style-type: none"> ○ Evidencia científica: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Experimento monos rhesus bebé (Harlow, 1959) ▪ Paradigma de la “cara inmóvil” (Tronick, Als, Adamson, Wise y Brazelton, 1978). ○ Mundo interno del bebé: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Desvalimiento del bebé (Freud, 1926) ▪ Objetos buenos y malos (Klein, 1935, 1940, 1945) ▪ Omnipotencia del bebé (Winnicott, 1951) ○ Sensibilidad y función materna: 		
--	--	--	--	--

		<ul style="list-style-type: none"> ▪ Contenedora (Bion,1963a). ▪ Sostenedora (Winnicott,1951). ▪ Reguladora (Lundy, 2003). ○ Conductas de apego seguro (Campbell, 1978): <ul style="list-style-type: none"> ▪ Miradas. ▪ Palabras. ▪ Caricias. ▪ Sostén. ▪ Proximidad. ▪ Afecto. ○ Esquema de satisfacción del bebé: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Necesidad del bebé. ▪ Llanto. ▪ Sensibilidad materna. ▪ Respuesta cálida y cónsona a la necesidad. 		
--	--	---	--	--

		<ul style="list-style-type: none"> ▪ Satisfacción de la necesidad del bebé. ▪ Sensación de bienestar y seguridad. 		
2	Sensibilidad y función materna: contener sostener y regular los afectos.	<ul style="list-style-type: none"> ○ Conductas de apego: (Campbell, 1978) <ul style="list-style-type: none"> ▪ Miradas. ▪ Palabras. ▪ Caricias. ▪ Sostén. ▪ Proximidad. ▪ Afecto. 	<ul style="list-style-type: none"> ○ Lluvia de ideas. ○ Exposición guiada. ○ Juego de rol: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Situación 1: alimentación <ul style="list-style-type: none"> ✓ Mamá le da pecho / fórmula a su bebé* ✓ Mamá le da pecho / fórmula a su bebé** ○ Video: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Manejo respetuoso de los cólicos <p>https://youtu.be/gRWs61d1fwE</p> 	Papel manila Cartoncillo Marcadores Imágenes Cinta adhesiva Laptop Proyector Goma eva Camilla Papel de camilla.

			<ul style="list-style-type: none"> ▪ Situación 2: aseo. ✓ Mamá cambia el pañal / ropa del bebé*. ✓ Mamá cambia el pañal / ropa del bebé**. ○ Video: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Masaje infantil https://youtu.be/FFGuqtnnqo 	
3	Sensibilidad y función materna: contener sostener y regular los afectos.	<ul style="list-style-type: none"> ○ Conductas de apego: (Campbell, 1978) <ul style="list-style-type: none"> ▪ Miradas. ▪ Palabras. ▪ Caricias. ▪ Sostén. ▪ Proximidad. ▪ Afecto. 	<ul style="list-style-type: none"> ○ Lluvia de ideas. ○ Exposición guiada. ○ Juego de roles: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Situación 3: sueño. ✓ Mamá intenta dormir a su bebé*. ✓ Mamá intenta dormir a 	Papel manila Cartoncillo Marcadores Imágenes Cinta adhesiva Laptop Proyector

			<p>su bebé**.</p> <p>○ Video:</p> <p>▪ Sueño infantil:</p> <p>https://youtu.be/1BQPKgxDCmI</p> <p>▪ Situación 4: juego:</p> <p>✓ Mamá intenta</p> <p>establecer un juego con</p> <p>su bebé*.</p> <p>✓ Mamá intenta</p> <p>establecer un juego con</p> <p>su bebé**.</p> <p>○ Video:</p> <p>▪ Interacciones cara a cara:</p> <p>https://youtu.be/-1JsLTkjXLc</p> <p>▪ El juego:</p>	<p>Sabanilla</p> <p>Goma eva</p> <p>Juguetes varios.</p>
--	--	--	---	--

			https://youtu.be/XdD7rp5pp5c	
4	Sensibilidad y función materna: contener sostener y regular los afectos y cierre.	<ul style="list-style-type: none"> ○ Conductas de apego: (Campbell, 1978) <ul style="list-style-type: none"> ▪ Miradas. ▪ Palabras. ▪ Caricias. ▪ Sostén. ▪ Proximidad. ▪ Afecto. ○ Repaso. ○ Dudas. ○ Resumen. ○ Conclusiones. ○ Entrega de canastillas ○ Despedida. 	<ul style="list-style-type: none"> ○ Exposición guiada. ○ Juego de rol: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Situación 1: alimentación. ▪ Situación 2: aseo. ▪ Situación 3: sueño. ▪ Situación 4: juego ○ Elaboración de horario. ○ Video: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Conexión única: <p>https://youtu.be/7lyJMt6HVhY</p>	Papel manila Marcadores Cinta adhesiva Laptop Proyector Corral / cuna Sabanilla Gomaeva Juguetes. Camilla, papel.

*Manera incorrecta: no tomando en cuenta recomendaciones previas sobre las conductas de apego seguro.

**Manera correcta: tomando en cuenta recomendaciones previas sobre las conductas de apego seguro.

ANEXO 3

Escala de Massie-Campbell



Conductas del niño o niña durante el evento estresante

Observar	1	2	3	4	5	x
1. Mirada	Siempre evita la cara de la madre.	Rara vez busca la cara de la madre. Miradas breves a la cara de la madre.	Ocasionalmente mira la cara de la madre.	Frecuentes miradas a la cara de la madre, alternando entre miradas largas y cortas.	Fija la mirada a la madre por períodos largos de tiempo.	No observado
2. Vocalización	Callado, nunca vocaliza.	Rara vez vocaliza o lloriquea.	Ocasionalmente vocaliza, tanto leve.	Vocalizaciones frecuentes o tanto intenso.	Tanto intenso e incontrolable la mayor parte del tiempo.	No observado
3a. Tocando	Nunca toca o tiende hacia la madre.	Rara vez toca a la madre.	Ocasionalmente toca a la madre.	Tiende hacia la madre y la toca con frecuencia.	Si están cerca, siempre toca a la madre.	No observado
3b. Tocado	Siempre evita ser tocado por la madre.	Frecuentemente evita ser tocado por la madre.	Generalmente evita ser tocado por la madre.	Rara vez evita ser tocado por la madre.	Nunca evita que la madre lo toque.	No observado
4. Sosteniendo	Resiste violentamente. Se arquea alejándose de la madre.	No se relaja en manos de la madre; la empuja.	Descansa en brazos de la madre y se apoya en su hombro. Ocasionalmente la empuja.	Molesta su cuerpo al de la madre. Rara vez la empuja.	Activamente anquea el cuerpo hacia la madre. Se aferra a ella, nunca la evita.	No observado
5. Afecto	Siempre está intensamente angustiado y temeroso.	Frecuentemente irritable, temeroso o apático.	Ansiedad moderada y/o placer intermitente o poco claro.	Tensión ocasional. En general sonríe.	Siempre sonríe.	No observado
6. Proximidad o cercanía	Nunca sigue a la madre con el cuerpo o con la mirada. Se aleja al rincón o fuera de la pieza.	Rara vez sigue a la madre con el cuerpo o con la mirada. Con frecuencia se aleja al rincón.	Intermitentemente sigue a la madre con el cuerpo o con la mirada.	Con frecuencia sigue a la madre con el cuerpo o con la mirada.	Siempre sigue a la madre con el cuerpo o con la mirada.	No observado

Respuesta del acompañante frente al estrés del niño o niña

Observar	1	2	3	4	5	x
1. Mirada	Siempre evita mirar la cara del niño/a.	Rara vez mira al niño/a a la cara. Miradas evasivas a la cara del niño/a.	Ocasionalmente mira al niño/a a la cara.	Frecuentes miradas, largas y cortas, a la cara del niño/a.	Fija la mirada a la cara del niño por períodos largos.	No observado
2. Vocalización	Callado, nunca vocaliza.	Palabras escasas o murmura.	Ocasionalmente vocaliza al niño.	Frecuentemente habla y murmura, conversa y hace sonidos.	Vocalizaciones intensas todo el tiempo.	No observado
3a. Tocando	Nunca toca o tiende al niño/a.	Rara vez toca al niño.	Ocasionalmente toca al niño/a.	Frecuentemente tiende al niño y lo toca.	Si el niño está cerca, siempre lo toca.	No observado
3b. Tocada	Siempre evita ser tocada por el niño.	Frecuentemente evita ser tocada por el niño.	Ocasionalmente evita ser tocada por el niño.	Rara vez evita ser tocada por el niño.	Nunca evita ser tocada por el niño.	No observado
4. Sosteniendo	Rechaza al niño alterado empujándolo o lo toma alejado de su cuerpo.	Sostiene al niño en forma tiesa o rara, no relajada.	Apoyo al niño sobre su pecho u hombro brevemente.	Amona su cuerpo al niño y mantiene contacto hasta que se tranquiliza.	Inclina el cuerpo hacia el niño, luego lo sostiene amoldándolo a su cuerpo.	No observado
5. Afecto	Siempre está intensamente angustiada y temerosa.	Frecuentemente irritable, temerosa o apática.	Ansiedad moderada y/o agrada o poco claro.	Tensión ocasional. En general sonríe.	Siempre sonríe.	No observado
6. Proximidad o cercanía	Se va de la pieza.	Frecuentemente fuera del alcance del niño o en el rincón de la pieza.	Se para o se sienta intermitentemente dentro del alcance del niño.	Contacto físico frecuente con el niño.	Siempre en contacto físico con el niño.	No observado

Nombre acompañante

apellido paterno

apellido materno

nombres

Nombre del niño o niña

apellido paterno

apellido materno

nombres

Fecha de la evaluación

día

mes

año

Estilo del apego

☐ Seguro

☐ Inseguro / evitante

☐ Inseguro / ambivalente

Relación o parentesco con el niño o niña

R.U.N.

En caso de existir, describa la Conducta Problemática de Apego (CPA)